

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



INFERTILIDAD EN LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES DE PAREJA

PsF. Yaridt Andrea Rico Cruz

PsF. Jininson Gomez Erazo

Pamplona, Colombia

2017

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



INFERTILIDAD EN LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES DE PAREJA

PsF. Yaridt Andrea Rico Cruz

PsF. Jininson Gómez Erazo

Director

PhD. Olga Mariela Mogollón Canal

Pamplona, Colombia

2017

Tabla de contenido

Introducción	5
Resumen	7
Abstract	7
Problema de investigación.....	9
Planteamiento del problema	9
Descripción del problema.....	9
Formulación de Problema.....	11
Justificación.....	12
Objetivos	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Estado del Arte	16
Marco teórico.	23
Capítulo I. Modelo Sistémico.....	23
Capítulo II. Infertilidad.....	42
Capítulo III. Relaciones de pareja	54
Marco Contextual	68
Marco Legal	69
Metodología	72
Enfoque Metodológico de Investigación	72
Tipo de investigación.....	72
Diseño de Investigación.....	72
Población	73
Muestra	73
Categorías de Investigación.....	74
Técnicas o Instrumentos.....	75
Procedimiento.....	76

Presentación de Resultados	77
Entrevista a la pareja.....	77
Entrevista redes de apoyo	86
Entrevista Miembros de la Pareja	98
Discusión de resultados.....	116
Conclusiones	122
Recomendaciones.....	127
Referencias	130
Apéndices	136
Apéndice 1: Entrevista Miembros de la pareja.....	136
Apéndice 2: Entrevista Pareja.....	138
Apéndice 3: Entrevista Red de Apoyo.....	139
Apéndice 3: Cartilla.....	141

Introducción

La infertilidad es una realidad que no se puede ignorar puesto que al presentarse conlleva a diversos cambios que pueden perturbar la dinámica de las áreas que involucran no solo al individuo que atraviesa por la situación sino a las personas que se ven involucradas con la misma, es decir al contexto en conjunto. Por consiguiente afirman García & Pérez, (2015) “la infertilidad en muchas ocasiones es vista como una "maldición", generalmente irreparable: una carencia que no queda reducida únicamente al plano biológico, sino que además posee fuertes repercusiones en la vida individual, de la pareja y en la vida social".

De esta manera al ser una circunstancia que actualmente está presente en los planos de la vida de algunas parejas conlleva a sentimientos de angustia, culpa y tensión además la disminución de la calidad de la relación tanto a nivel afectivo como sexual Ascenzo et al, (citado en Ríos, 2014). En consecuencia, la presente investigación se lleva a cabo con el fin de analizar la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación a futuro, en cuanto a la comunicación, reglas y roles.

En relación a lo anterior, se darán a conocer 3 apartados en los cuales se fundamenta la presente investigación. En el primer apartado, se lleva a cabo un abordaje del problema de investigación donde se muestra el planteamiento la descripción y formulación del problema. La justificación donde se contextualiza acerca de que como y para que de la investigación, además de los aportes que trae la investigación a la psicología a la sociedad y a la población como tal.

Por otro lado, se abordan los objetivos principales que fundamentan la investigación, teniendo en cuenta los pasos a seguir durante el desarrollo de la misma. También se tienen en cuenta diferentes investigaciones que apoyan el presente estudio tanto a nivel local como nacional e Internacional. En el segundo apartado se dará a conocer el marco teórico que está dividido en tres capítulos principales el primero de ellos orientado al enfoque sistémico, el segundo a la infertilidad y el tercero a las relaciones de pareja, el marco contextual donde se desarrollara la investigación, las leyes que reglamentan la investigación y que por tanto apoyan la misma.

En el tercer apartado, se encuentra la descripción de la metodología, que contiene el enfoque metodológico, el tipo y diseño de investigación, la población, muestra y procedimiento, las categorías que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la investigación.

Así mismo, la forma en que se analizará la información recolectada, los recursos a utilizar tanto humanos, como físicos y tecnológicos, la discusión y análisis de resultados, las conclusiones finalmente las recomendaciones dadas a partir del desarrollo del presente estudio de Investigación.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación a futuro, en cuanto a la comunicación, reglas y roles. La edad de las participantes osciló entre los 28 y 30 años, los cuales hasta el momento llevan 6 años de matrimonio. Para llevar a cabo la investigación, se utilizó una metodología cualitativa que permitió recoger a través de la creación de una entrevista semiestructurada basada en las categorías de comunicación, reglas y roles. Los resultados demostraron que en relación a las tres áreas analizadas se evidencia una ruptura a nivel afectivo, sexual, y psicológico. Al desempeñar la primera área un papel principal, y, que es la base fundamental de la relación del subsistema conyugal, las otras áreas se manifiestan en relación a esta, es decir, los momentos donde las reglas o normas y los papeles en cuanto a los roles que asumen cada uno de los miembros de la pareja se perciben como difusos y quebrantados debido a la ausencia de comunicación en una etapa inicial al diagnóstico. Todos estos resultados son discutidos con base en la dinámica propia que trae consigo la condición de infertilidad dada por Síndrome de Ovario Poliquístico SOP.

Abstract

The objective of the present study was to analyze the couple's dynamics in relation to infertility, through a qualitative study that proposes strategies for the redefinition of the relation to future, in terms of communication, rules and roles. The age of the participants ranged between 28 and 30 years old, who have been married for 6 years. To carry out the research, a qualitative methodology was used that allowed to collect through the creation of a semi-structured interview based on the categories of communication, rules and roles. The results showed that in relation to the three areas analyzed there is evidence of a breakdown at the affective, sexual, and psychological levels. When the first area plays a major role, and, which is the fundamental basis of the conjugal subsystem's relationship, the other areas manifest themselves in relation to it, that is, the moments where the rules or norms and the roles regarding the The roles assumed by each member of the couple are perceived as diffuse and broken due to the absence of communication at an initial stage

of diagnosis. All these results are discussed based on the dynamics of the infertility caused by Polycystic Ovarian Syndrome.

INFERTILIDAD EN LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES DE PAREJA

Problema de investigación

Planteamiento del problema

La presente investigación se desarrolla con el fin de analizar la infertilidad en relación a la dinámica de una pareja de casados del Municipio de Mocoa, Departamento de Putumayo, Colombia, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación en cuanto a la comunicación, reglas y roles indagando a profundidad cómo es el proceso de afrontamiento al momento de presentarse esta situación, asimismo, el papel que juegan las redes de apoyo en este proceso.

Descripción del problema

La infertilidad se define como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer. Este aumento podría deberse por lo menos a cuatro factores: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes. (Ministerio de salud, 2015)

Debido a ella, actualmente se percibe cómo las parejas al casarse comienzan a tener como punto de partida la idea de tener hijos, es decir, de conformar una familia. Sin embargo, ignoran la posibilidad de que esto no se dé, ya sea a largo o mediano plazo dentro de la relación. Por ello, cuando en la pareja existe conocimiento acerca de la infertilidad se generan diferentes cambios y situaciones que van desde sentimientos de frustración y desespero hasta estadios psicológicos tales como: sorpresa y negación, agresión, conductas autodestructivas, aislamiento, culpa, duelo y por último la aceptación y resolución (Pérez & García, 2015).

De esta manera, diferentes investigaciones han encontrado que existe una alta correlación entre variables como el ajuste a la infertilidad entre ambos esposos, y las emociones personales dentro de las cuales se encuentra: autoestima, ansiedad, depresión, y el compromiso marital Meth et al, (citados en Ríos, 2014). Conjuntamente, el guardarse sentimientos y no compartir las vivencias con el otro, o por el contrario, desbordarse debido a la intensidad del acontecimiento puede también incrementar los sentimientos de angustia, culpa y tensión en la pareja y disminuir la calidad de su relación tanto a nivel afectivo como sexual Ascenzo, et al, (citados por Ríos, 2014).

A partir de lo señalado, es importante resaltar que la infertilidad es una realidad que puede presentarse en cualquier pareja y en el momento menos esperado. Por ello la imposibilidad de tener hijos puede suponer una crisis de gran relevancia ya que comprende al proyecto vital conjunto. A raíz de ello, Ríos (2014) evidencia la existencia de cuatro áreas principales que cobran importancia en la relación de pareja: el compromiso, la comunicación, el proyecto de vida a futuro y el vínculo sexual. Áreas que al verse afectadas por la situación existente conlleva a algunas parejas a optar ya sea por terminar la relación alejándose de su cónyuge o por el contrario a buscar alternativas que beneficien y fortalezcan el afrontamiento de esta realidad acudiendo ya sea a tratamientos médicos o a la opción de adoptar. Elecciones que de una otra forma les permita salir adelante cumpliendo las proyecciones y planes que tenían desde que decidieron unirse en matrimonio pero que en el proceso de la infertilidad dejaron atrás.

Es así, como surge la idea de realizar esta investigación, que tiene como objetivo principal analizar la infertilidad en relación a la dinámica de pareja en el Municipio de Mocoa, Departamento de Putumayo, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación en cuanto a la comunicación, reglas y roles indagando a profundidad cómo es el proceso de afrontamiento al momento de presentarse esta situación, asimismo, el papel que juegan las redes de apoyo en este proceso.

Formulación de Problema

¿Cómo interviene la infertilidad en la dinámica de la comunicación, reglas y roles en una pareja del municipio de Mocoa, Departamento de Putumayo, Colombia?

Justificación

A lo largo del tiempo, se ha venido observado, como las parejas deciden adoptar el estilo de vida del matrimonio, donde buscan no solo afianzar su relación, además de esto, adquirir un mayor compromiso, estabilidad e intimidad que les permita la construcción de una familia sólida con su cónyuge (Cárdenas, Chávez, & Lozano, 2016). Algunas parejas desean tener uno dos o tres hijos dependiendo tanto la estabilidad económica, la cultura en la que cada uno fue educado como las creencias y demás que son los cimientos para este tipo de decisiones.

Sin embargo, el logro de un embarazo no es un evento que de por sí suceda siempre de manera simple y predecible, existen acontecimientos imprevistos e indeseados que fuerza a la pareja a redefinir sus expectativas. Una muestra de ello lo constituye la infertilidad Calero & Santana, 2006, (citados en Ríos, 2014). La cual describe la imposibilidad de la pareja por conseguir un embarazo a término con un recién nacido sano. Un problema de infertilidad puede pertenecer tanto a condiciones biológicas del hombre (35% a 40%), de la mujer (35% a 50%), de ambos miembros (20% a 30%) o de circunstancias desconocidas (10%) Carreño et al., (citados en Ríos, 2014).

En efecto, la infertilidad es una realidad que no se puede ignorar ya que tiene fuertes secuelas en los planos de la vida y muchas veces es vista como una "maldición", generalmente irremediable: una carencia que "no queda reducida únicamente al plano biológico; tiene repercusiones en la vida individual, de la pareja y en la vida social" (García & Pérez, 2015). Por ello, su estudio se convierte en un aporte relevante para la psicología puesto que les dará a los diferentes psicólogos una mirada más profunda de lo que actualmente afrontan las parejas que se ven inmersas en este tipo de situación, contribuyendo desde el análisis de su propia dinámica de lo que implica la infertilidad en pareja, evidenciándose un incremento de sentimientos de angustia, culpa y tensión en la pareja conllevando a la disminución de la calidad de la relación tanto a nivel afectivo como sexual Ascenzo et al, (citado en Ríos, 2014).

En este mismo sentido, esta investigación se basa en una realidad que no es ajena a la sociedad ya que ha estado presente en diferentes, familias, comunidades y/o parejas involucrándose en cada una de ellas sin importar ninguna condición. Por ende, este estudio posee

una relevancia colectiva ya que les permite a las diferentes parejas tener un conocimiento de lo que son las redes de apoyo a la hora de servir como soporte para enfrentar este tipo de situaciones, para ayudar en la redefinición la infertilidad en base no solo a la pareja, igualmente a los estereotipos sociales y familiares que se fundan al entender la infertilidad como la muerte a toda posibilidad de tener hijos en un futuro.

Igualmente, el contemplar las redes de apoyo con las que cuenta la pareja ya que se convierten en la plataforma que pasa a facilitar una mayor capacidad de adaptación y aceptación a los cambios que produce la infertilidad, tanto en la persona, la pareja y en la familia depende fundamentalmente de la magnitud de la situación y de los recursos disponibles para hacer frente a esta situación. Al ver que la dinámica de pareja se ve expuesta a diferentes factores que han sido perturbados como lo son la *función fisiológica* generada por la infertilidad, el *autoconcepto* debido a sentimientos de inferioridad y culpa *la Función de Rol* ya sea del marido o de la mujer dañado por sentirse inferior o que no cumple con su cometido y la *interdependencia* relacionada con relaciones con otras parejas, divorcio, demora en acudir a consulta, resistencia a buscar soluciones alternativas como la adopción (Barco, Quintero, Reyes, Álvarez, 2014)

Así mismo, es necesario ir aminorando los conceptos que se tienen entorno a las personas que atraviesan por la situación de infertilidad al catalogarlas como personas que nunca podrán formar una familia, destacándose en ello rechazo u oposición a la continuidad de un matrimonio donde la noción de no poder tener hijos y la opción de divorcio es lo que prima. Y son precisamente estos estereotipos, estas formas de percibir la infertilidad con la no concepción definitiva, los que la sociedad y las diferentes esferas que se involucran en la pareja atribuyen sin pensar o ser conscientes de los daños psicológicos, sociales y personales a los que llevan a la diada.

Para concluir, el desarrollo de esta investigación aportara de manera significativa a la psicología permitiendo una reeducación colectiva y así mismo cambiar la percepción de la población frente a la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación a futuro en cuanto a la comunicación, reglas y roles. Ahora bien, es claro entonces, que la sociedad se involucra de una u otra manera en las concepciones poco constructivas que giran en torno a las diferentes dinámicas o movilizaciones que deben seguir las parejas infértiles de acuerdo a los diferentes estereotipos

que se crean en cuanto a la infertilidad y a los cuales la sociedad se ha encargado de cimentar y popularizar.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación a futuro, en cuanto a la comunicación, reglas y roles

Objetivos específicos

Identificar los cambios que se dan a nivel Psicológico, afectivo y sexual partir de la realidad que vivencian las parejas.

Interpretar la dinámica de la comunicación, reglas y roles en la pareja a raíz de la infertilidad.

Describir el papel que juegan las redes de apoyo en el cambio que se da en la pareja a raíz de la situación de infertilidad.

Diseñar estrategias que permitan una redefinición sobre la situación de infertilidad de tal manera que se perciba de una forma adaptativa.

Estado del Arte

En este apartado se darán a conocer diferentes estudios locales, nacionales e internacionales relacionadas con el tema de investigación. De esta manera se seguirá el orden anteriormente mencionado.

A nivel local, se encuentra que en el año 2015 las estudiantes Yislem Vanesa Guerrero y Stephany Juliana Niño Rincón, adscritas al programa de psicología de la Universidad de Pamplona, formularon la tesis titulada: “ Implicaciones psicológicas y emocionales para la madre biológica y la madre subrogada en el proceso de alquiler de vientre o maternidad subrogada” que tuvo como objetivo principal Identificar las posibles implicaciones psicológicas y emocionales en la madre biológica y en la madre subrogante en el proceso de alquiler de vientre o maternidad subrogada mediante una historia de vida.

Cómo enfoque metodológico tuvieron en cuenta la investigación cualitativa, llevando a cabo la recolección de datos por medio de historia de vida y estudio de caso dirigidas a dos madres subrogadas y dos madres biológicas; además de ello, emplearon una entrevista semiestructurada dirigida a un especialista en fertilidad.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que aunque las madres biológicas sienten deseos de tener a los niños no les afecta el no tenerlo debido a que están de acuerdo en que nos son propios y deben entregarlos. Por otro lado se manifiestan las diferentes emociones que giran en torno al hecho de no poder tener hijos. Así se encuentra la frustración por parte de las madres subrogadas y sus parejas y la incomodidad de parte de las madres biológicas de exponer el cuerpo, su útero y óvulos a la manipulación. De tal manera que se evidencian las expectativas y emociones puestas en el deseo de ser padres, lo que genera ansiedad e incluso depresión si los resultados de los tratamientos no llegan a ser los esperados (Guerreo y Niño, 2015).

A nivel nacional, en el año 2014, la estudiante Lupe Isabel Gutiérrez Fonseca, en colaboración por su directora de trabajo de grado Cecilia Muñoz Vila, adscrita a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, en la ciudad de Bogotá realizó la investigación titulada “una exploración sobre los estados mentales y las relaciones objétales de tres mujeres no fértiles”, que tiene como objetivo Explorar y describir el estado de la mente en tres mujeres

infértiles a través de un proceso de intervención terapéutica individual de orientación psicoanalítica buscando contribuir a la comprensión clínica del fenómeno de la infertilidad y a la generación de estrategias de intervención que tengan en cuenta su particularidad.

La metodología utilizada en esta investigación es un análisis cualitativo centrado en la descripción y la comprensión de todos aquellos elementos que constituyen la cotidianidad de dicho fenómeno, se elige para el presente proyecto de investigación, un enfoque de corte cualitativo, que adopta a la perspectiva psicoanalítica, utilizando como instrumentos metodológicos la observación en medio de un proceso de acompañamiento terapéutico, y el análisis de narrativas, ya que facilitan el abordaje del tema escogido posibilitando realizar un proceso principalmente comprensivo del fenómeno de la infertilidad.

De esta investigación se puede concluir que el trabajo con las pacientes dentro de la terapia, y el proceso de comprenderlas por fuera de ella, impulsan a las personas a cuestionarse alrededor de la técnica terapéutica adecuada para el abordaje de una mujer infértil. Las pacientes mismas, invitan a ir más allá de lo tradicional, para preguntarse de qué manera se les podría ayudar partiendo de su particular momento de desarrollo psíquico y emocional caracterizado por la inmadurez y la concreción. Por ello es necesario un proceso terapéutico que se oriente al rescate y fortalecimiento del sí mismo, a la posibilidad de que la figura del terapeuta introduzca la terceridad como diferencia y límite, entre la diada fusionada madre-hija, posibilitando con ello, la separación y los posteriores procesos de individuación (Gutiérrez, 2014)

De igual forma, en el año 2013, los estudiantes Georgette Manzur Botero, María Lourdes Restrepo Fajardo y Luisa Fernanda Sanz, en colaboración de su directora Blanca Lucía Rodríguez, adscrita a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, realizaron la investigación titulada “relación infertilidad/fertilidad-satisfacción marital” el objetivo de esta investigación consistió en determinar la relación que puede tener la infertilidad en la satisfacción marital, mediante un estudio que incluyó treinta parejas de la ciudad de Bogotá, quince en condición de infertilidad y quince sin esta condición.

En esta investigación se utilizó un método ex post-facto correlacional, mediante un diseño de dos grupos. Es correlacional en la medida en que se establecen relaciones entre variables, en

este caso la condición fértil/infértil y la satisfacción de la pareja y ex post-facto teniendo en cuenta que las variables ya se han establecido. La recolección de los datos se realizó en un único momento, en donde se pretendió describir, analizar y determinar la relación de las variables en determinado momento. Por último, se hizo uso de la Escala de Valoración de la Relación como instrumento cuantitativo que permitió obtener los datos para luego analizarlos. La muestra seleccionada para la investigación estuvo conformada por treinta parejas formalmente constituidas, de las cuales 15 presentaban condición de infertilidad, mientras las otras 15 no presentaban esta condición; es decir el total de la muestra es de 60 participantes.

De este estudio se concluyó que se pueden realizar estudios comparativos entre muestras de parejas fértiles e infértiles y sería importante la inclusión de muestras más grandes, elegidas de manera aleatoria que permitan la generalización de los resultados obtenidos y por tanto se aumente el alcance del estudio. Asimismo, abrir campo para futuras investigaciones en las cuales se puedan plantear posibles técnicas de afrontamiento frente al diagnóstico de infertilidad, temática que en la actualidad no ha sido desarrollada en su totalidad y no ha sido un objeto de estudio significativo (Manzur, Restrepo y Sanz, 2013)

En el año 2015, la estudiante Vanessa Salazar Urueña adscrita a la facultad de ciencias jurídicas derecho, de la Universidad de Manizales, realizó la investigación titulada “el panorama jurídico de la fecundación in vitro en Colombia” que tiene como objetivo identificar qué líneas jurisprudenciales existen en Colombia sobre la práctica de la fecundación in vitro ya que este método de reproducción pretende subsanar aquellas patologías humanas, tanto del hombre como de la mujer, que les impiden alcanzar un embarazo clínico.

La técnica empleada en esta investigación consiste, primordialmente, en el análisis de todos los documentos relacionados con la fecundación in vitro y su aplicación en el sistema jurídico colombiano, teniendo como base o punto de partida, los lineamientos establecidos por la corte interamericana de derechos humanos en el caso “artavia murillo vs costa rica”. La recopilación de jurisprudencia, normas, textos y artículos jurídico – científicos, me permitieron crear un esquema de lo que se pretende alcanzar en esta investigación. Por lo cual se determina que esta búsqueda es

de carácter argumentativo, dado que pretende subsanar los vacíos existentes sobre la 13 fecundación in vitro a partir de los lineamientos establecidos por la corte interamericana de derechos humanos en una providencia en la cual no hizo parte Colombia.

En ella se concluye que después de haber efectuado un estudio minucioso de la jurisprudencia de la corte interamericana de derechos humanos y el sistema jurídico colombiano, se observa que las sentencias proferidas por este tribunal internacional son de obligatorio cumplimiento para Colombia aunque no sea parte directa sobre la misma, en virtud de ello, puede afirmarse que los lineamientos establecidos en la sentencia caso “atavía murillo vs costa rica” deben ser tenidos en cuenta a la hora de resolver las controversias que suscitan con relación a las técnicas de reproducción humana asistida, especialmente la “fecundación in vitro” (Salazar, 2015)

A nivel Internacional, en el año 2014 Joanna Ríos llevo a cabo una investigación en Lima, Perú, sobre “las experiencias de relaciones de pareja de un grupo de mujeres con infertilidad primaria” la cual tuvo como objetivo principal analizar las experiencias que han tenido un grupo de mujeres frente a la imposibilidad de tener hijos y cuales han sido sus afectaciones a nivel emocional. Al ser la mujer la más afectada e involucrada a nivel psicológico y físico, siendo la más expuesta en las distintas evaluaciones y tratamientos, se pretende obtener, desde su perspectiva, como se desenvuelve en su relación de pareja. Teniendo en cuenta que existen diferentes técnicas de reproducción asistida, lo cual facilita que algunas parejas puedan llegar a ser padres, no significa que la relación se vea afectada debido a la frustración que puede sentir tanto el hombre como la mujer por el hecho de no poder concebir un hijo de forma natural.

El método empleado para el desarrollo de la investigación fue el marco metodológico de tipo cualitativo con el fin de indagar sus propias vivencias, perspectivas y relatos para ello se elaboró una lista de chequeo con el corroborar el diagnóstico de las mujeres entrevistadas, una ficha socio-demográfica, y una guía de entrevista semi-estructurada Para recoger las vivencias de las participantes en torno a su relación de pareja a abarcando la historia de infertilidad, la vida personal y, principalmente, la relación con su pareja antes y durante el proceso de infertilidad. Siendo la última la que cubre el objetivo de la investigación. Por otro lado, se elaboraron 4 sub-áreas para lograr una mayor ampliación del tema: el compromiso, la comunicación, la relación afectiva y sexual y el proyecto de vida a futuro. Concluyendo a partir de lo expuesto, es posible

entender entonces que existen cuatro áreas principales que han cobrado importancia en la relación de pareja a partir de su condición de infertilidad primaria: el compromiso, la comunicación, el proyecto de vida a futuro y el vínculo afectivo y sexual (Ríos, 2014)

Así mismo, Barco, Quintero, Reyes, y Álvarez (2014) en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en la Habana, Cuba, llevaron a cabo una investigación sobre el modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja que tenía como objetivo diseñar una propuesta de actuación a través de un modelo de adaptación ante la infertilidad de la pareja, teniendo en cuenta las diferentes causas que puedan producirla, como no llevar una vida sexual sana, tener una edad avanzada (factor más frecuente en mujeres), o por algún tipo de enfermedad la cual conlleva a que la pareja no poder concebir sus propios hijos.

Para esta investigación se utilizó el método de estudio descriptivo y retrospectivo con las parejas de la provincia de cien fuegos, de esta investigación se concluye que el hecho que predomina en las parejas estudiadas es inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y que hayan tenido varias parejas sexuales, lo cual constituye un factor de riesgo a tener en cuenta al estudiar las causas de la infertilidad.

Por su parte, Pérez y García (2015) realizaron una investigación sobre crisis familiar por infertilidad desde la perspectiva de las parejas en la Universidad Hospital Universitario General Calixto García en la Habana, Cuba, con el objetivo de describir desde la óptica de parejas, la crisis familiar que se genera a partir del diagnóstico de infertilidad, teniendo en cuenta la desestabilidad que puede generar esta, la “crisis vital” acompañada de sensaciones de culpa, impotencia, falta de control, estrés y una gran sobrecarga emocional que puede afectar negativamente la relación. Estas parejas después de tiempo en consulta, llegan a tener sentimientos de frustración, desespero. También uno de los cónyuges puede acusar al otro de no participar por igual en el tratamiento y evaluación y en consecuencia a esto uno u otro puede ser más demandante de sexo. En otras oportunidades se niegan a mantener relaciones sexuales y pueden producirse disfunciones de este tipo que complican aún más la situación.

El método empleado para esta investigación es un estudio cuanti-cualitativo, no experimental, descriptivo y transversal. Donde participaron ocho parejas; con una muestra constituida intencionalmente. Se utilizaron dos tipos de encuestas, una encuesta (confeccionada

para este estudio) y una entrevista a profundidad. De los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que las mujeres refieren sintomatología ansiosa y depresiva como respuesta inmediata al diagnóstico, negada por los hombres. Se mantiene impacto emocional en ellas. También se puede constatar que hombres y mujeres refieren vivencias de apoyo de sus familias de origen.

Otra investigación fue la realizada en Nashik, Maharashtra, India por Sule, Gupte, & De Sousa (2016) “A Study on Quality of Life and Psychopathology in Couples with Infertility” (Un Estudio sobre Calidad de Vida y Psicopatología en Parejas con Infertilidad) tuvo como objetivo principal evaluar la morbilidad psiquiátrica y la calidad de vida en parejas con infertilidad y estudiar las diferencias de género entre las mismas en estas parejas.

Como metodología se seleccionó una muestra para el presente estudio exploratorio transversal fueron parejas entre la edad de 18-45 años que asistían a la clínica de infertilidad de un hospital general terciario y universidad de medicina en Nashik, Maharashtra. Las parejas consecutivas que fueron diagnosticadas con infertilidad fueron seleccionadas durante un período de 3 meses entre julio y septiembre de 2013. De las 43 parejas que asistieron a la clínica en ese período, 31 parejas dieron su consentimiento para participar en el estudio y formaron la muestra del estudio (31 varones y 31 mujeres).

Estas parejas fueron evaluadas en una sola entrevista usando escalas tales como El MINI, entrevista diagnóstica breve y estructurada, para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión para trastornos psiquiátricos (CIE-10), además del (QOL-BREF) herramienta estandarizada utilizada en diferentes culturas para evaluar la calidad de vida en cuatro dominios a saber. Físico, social, psicológico y ambiental.

En cuanto a los resultados se pudo evidenciar que el 45,16% de la población total del estudio mostró algún trastorno psiquiátrico. La calidad de vida (QOL) resultados en parejas con infertilidad y la morbilidad psiquiátrica fue menor que aquellos sin ninguna psicopatología. No se observaron diferencias importantes entre los sexos, excepto en el dominio social, donde las mujeres obtuvieron mejores resultados ($p = 0,017$). Abordar la psicopatología en parejas con infertilidad es necesario en la práctica clínica con el objetivo de mejorar su calidad de vida en general.

Marco teórico.

Capítulo I. Modelo Sistémico

Antecedentes Teóricos.

El modelo sistémico en psicología se ha configurado a partir de la incorporación de principios y conceptos de diferentes modelos teóricos.

Teoría General de sistemas.

La teoría general de sistemas surge de manera formal a partir de dos proposiciones de Von Bertalanffy (citado en Garibay, 2013). En las cuales se encuentra la fundamentación teórica acerca de las razones por las cuales se debe cambiar el paradigma metodológico dominante de la física, puesto que no cuenta con bases fundamentadas sobre los sistemas vivos; la segunda se propuso para promover la Sociedad para la Investigación de Sistemas con el fin de abarcar diferentes campos del saber, como los con la cibernética, la biología y la teoría de la información.

El objetivo principal de esta teoría es desarrollar una metateoría, una teoría de teorías, cuyos principios puedan aplicarse y utilizarse en muy diversos campos del conocimiento. Dicha teoría se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, cualquiera que sea su constitución material. Así, esta teoría busca la formulación y la derivación de aquellos principios que son válidos para cualquier sistema e general. Los cuales parten de *totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía, negativa y regulación* (Garibay, 2013).

En este sentido, es necesario entender que un sistema es una entidad cuya existencia y funciones se mantienen integradas por la interacción de sus partes. Del mismo modo, un sistema abierto o vivo es aquel que establece un intercambio con su medio circundante, e importa y exporta materia, energía e información. Las relaciones, tanto de los elementos de un sistema como los de este y su ambiente, son de suma importancia para su comprensión. Según (Garibay, 2013) estos sistemas funcionan con las siguientes propiedades: procesan las corrientes de entrada son sinérgicos, isomorfos y recursivos, tienden a la autorregulación (homeostasis, retroalimentación,

circularidad) y la morfogénesis (tendencia crecimiento), aparte de que cada sistema cuenta con diferentes niveles de organización.

Así, *la sinergia* se relaciona con el estudio de la manera en que las cosas funcionan de manera conjunta, investiga la forma en que las cosas funcionan de manera conjunta, estudia la manera en que los modos que evolucionan y se organizan las estructuras y trata de explicar y formular los principios generales que rigen esos procesos organizativos. Por consiguiente, en los sistemas es necesaria la manera en que cada una de las partes o elementos que conforman un sistema se interrelacionan y como las conductas de cada uno de estos se afectan de forma mutua. En otras palabras no es posible entender el funcionamiento de un sistema si no se comprende como un todo (Garibay, 2013).

El *isomorfismo* por su parte, es un concepto que se emplea cuando dos estructuras complejas pueden proyectarse una sobre otra, de forma que para cada parte exista un equivalente de la otra. Es decir, un equivalente donde las dos partes cumplan funciones similares en la estructura de concierne a cada una (Simon., citado en Garabay, 2013). Entonces, es necesario destacar que estos isomorfismos dentro de la terapia familiar son importantes, puesto que, mediante ellos se facilita el reconocimiento de las pautas o configuraciones que giran en torno a las relaciones entre paciente, terapeuta, familia de origen, familia nuclear; dándose como características que desarrollan, aprenden y repiten las personas o las familias orientando así mismo, el tipo de intervención estratégica que atañe a cada caso, al identificarlas y valorar la funcionalidad de cada una de ellas (Garibay, 2013).

De acuerdo a Garibay, (2013) la *recursividad*, “se refiere a aquellos procesos cuya característica distintiva es que sus resultados o productos son objeto del mismo proceso que los originó”. Para ejemplificar, se puede mencionar el sistema social que surge cuando la comunicación desarrolla más comunicación a partir de la misma comunicación que entretienen las personas en su contexto, o, en el caso de la psicopatología en la cual un niño que es agredido constantemente por un adulto mayor replica el mismo comportamiento con el paso del tiempo en el medio donde se desarrolla.

La *homeostasis*, conocida también como morofostasis, alude a la capacidad que poseen los sistemas de *autorregularse*, es decir, de mantener una estructura invariable en un contexto versátil,

algo que se da a través de la retroalimentación y la circularidad. Los sistemas necesitan una retroalimentación y organización para poder sobrevivir y funcionar y es por medio de la autorregulación en base a la retroalimentación de las fluctuaciones externas del entorno o internas del sistema, que consiguen control equilibrado basándose en las medidas o valores que les permitan funcionar, en otras palabras, a pesar de las fluctuaciones que se den en el medio o en la persona la misma debe regularse a partir de los valores que ella considere le permiten desempeñarse de manera ecuánime (Garibay, 2013).

Teoría de la cibernética

Esta teoría sustenta gran parte de los principios que rigen los sistemas aportando igualmente la terapia familiar y la teoría del conocimiento. De esta forma según Norbert Wiener., citado en (Garibay, 2013) las comunicaciones y el gobierno de las maquinas pertenecen a la misma categoría, por lo que no hay grandes diferencias en las situaciones en las que se ordena algo a una persona o se le indica algo a una máquina, por ende no cambiaría la relación con la señal o el mensaje.

De este modo, “la cibernética parte de un modelo de sistema en el cual este recibe la información del entorno (*input*), la procesa internamente y emite una información (*output*) al medio ambiente” (Garibay, 2013). La información acerca de los resultados de este proceso ingresa nuevamente al sistema por medio de un círculo de retroalimentación, haciendo posible que el sistema modifique su comportamiento siguiente al comparar su programa inicial con su propia respuesta y la información recibida del mundo próximo.

Sobre todo, la relación del hombre con su entorno considera en sus aspectos centrales los procesos o “malo”, “fuerte” o “débil” en virtud del carácter reciproco de la relación en la que ambas conductas, distintas pero interrelacionadas, tienden cada una a beneficiar a la otra. En este sentido, ninguno de los miembros que se relaciona exige al otro una relación complementaria, sino que cada uno se comporta de una manera que prevé la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella; de esta forma sus definiciones de la relación se complementan (Garibay, 2013).

No obstante, alude Garibay, (2013) cuando las definiciones que posee cada participante en la relación no son recíprocas, se llevan a cabo esfuerzos por ubicarse en una posición “superior” respecto del otro; este al predecir las maniobras de aquél, incapaz de acceder a situarse en una posición “inferior” en la relación, ejecuta las movilizaciones necesarias para ubicarse en una posición “igual” con relación al otro; a su vez, el otro reacciona y tiende a colocarse de nueva cuenta en una posición “superior”; lo cual corresponde a la llamada *escala simétrica* la cual para las relaciones puede ser muy desfavorable.

Entre los procesos de comunicación que se dan en las relaciones humanas para Garibay, (2013) se encuentran:

Noción de función

Este concepto se relaciona de manera estrecha con el concepto de *variable*. Una variable no tiene significado propio, sino que sólo resulta significativa en su relación con otras variables. En consecuencia, la relación entre variables constituye el concepto de *función*. En las comunicaciones humanas éstas sólo adquieren un sentido dentro del marco de las relaciones e implican una función para dichas relaciones. Así, cuando existe un síntoma la función se daría al comprenderse el mismo y al relacionarse con las relaciones del sistema en el que se da el síntoma.

Retroalimentación

La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La retroalimentación negativa se fundamenta en una función homeostática de equilibrio y mantenimiento de la estabilidad de las relaciones del sistema (funciona como un sistema de control). Por el contrario la retroalimentación positiva funciona como un sistema de desviación- amplificación, es decir, supone la pérdida de estabilidad o el equilibrio. En ambos casos, parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como información acerca de dicha salida. En el caso de la negativa, dicha información se utiliza para reproducir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida; en el caso de la positiva, la misma información actúa como medida para aumentar la desviación de la salida.

Comunicación paradójica

La comunicación paradójica se produce cuando los mensajes de una comunicación incluyen a otros mensajes en forma conflictiva, de tal forma que si el receptor obedece el requerimiento del

emisor en realidad lo está incumpliendo. Es decir, la comunicación paradójica se puede entender como aquella comunicación en la cual, por ejemplo, por vía verbal se emite una orden o información y por otra vía, en este caso la no verbal se emite otra información que la contradiga, es decir una contraorden que anule a la primera, dado que, lo que se busca es que la persona haga lo contrario a lo que se le pide obviando que la información que se pide en este tipo de comunicación no es la adecuada.

Definición y concepto básico modelo sistémico

El modelo sistémico nació al mismo tiempo que la terapia familiar. Éste modelo parte de presupuestos metateóricos que se inspiran en la Teoría General de Sistemas, como primer punto de partida, y las teorías de complejidad luego. En consecuencia “la noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes” Feixas, Muñoz, Compañ, Montesano (2016). De esta manera, debe haber una interacción recíproca y conjunta, que tenga en cuenta de forma holística una interrelación entre los participantes involucrados de modo que se de un funcionamiento del sistema en conjunto que tenga en cuenta el todo de tal permitiendo la formación de una identidad propia del entorno y sus componentes.

Por lo anterior, éste modelo entiende a la familia, como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). Estudia los elementos o componentes de un sistema y sus interrelaciones con el ambiente. Es decir que el enfoque sistémico invita a estudiar la composición, el entorno y la estructura de los sistemas de interés fundamentándose en dos características importantes, como lo son: **la estructura** que se relaciona con la organización en el espacio de los elementos del sistema y **el funcionamiento** que corresponde a los fenómenos que dependen del tiempo Gonçalves, (2011).

Fundamentos del enfoque sistémico

La comunicación y sus niveles

Según Feixas et al. (2016) “Una de las principales características del modelo sistémico es su énfasis en la comunicación. Centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que ocurre *entre* las personas, en lugar de lo que ocurre *dentro* de ellas” (p. 20). En contraste con el concepto de conducta, la cual por lo general alude al individuo; la comunicación requiere de la interacción de dos o más personas para que puede darse y entenderse, puesto que, parte de la idea de que lo que se hace, sin importar que, siempre tiene un valor de mensaje que se desea transmitir al otro.

Bateson., citado en Feixas et al. (2016) influido por la Teoría de los Tipos Lógicos, concibió la comunicación en dos niveles, estos son: “la clase y sus miembros. Todo mensaje aporta información acerca de cada uno de estos niveles. El *nivel de la clase*, indica que tipo de mensaje se trata. El *nivel de los miembros* (...) constituye el contenido del propio mensaje” (p. 21). Así, la clase de mensaje que se quiere transmitir, sugiere sobre el tipo de relación que se va a dar con el otro, es decir, la respuesta de la otra persona al tipo de mensaje que se transmite. De acuerdo a ello, la comunicación, se percibe como un intercambio de mensajes, donde se da una negociación constante acerca de la posición de cada uno frente al tipo de comunicación.

Siguiendo la línea anterior, es necesario entender la forma en que se trasmite el nivel de definición de la relación. De esta manera, se encuentra “la forma *analógica*, en lo *no-verbal* dada por la expresión facial, postura y los gesto; lo *para-verbal* que tiene que ver con el tono de voz, y sobretodo el contexto o situación [en la que se lleva a cabo el tipo de relación y comunicación]” (Feixas *et al*, 2016, p. 21). Por ende, estas formas de comunicación se relacionan directamente con la situación o contexto en la que está inmersa la persona desde un ambiente familiar, social, o personal ya que de acuerdo a los diferentes tipos de ambiente la forma en que se comunica la persona puede variar. De hechos para Feixas et al. (2016) afirma que “el tono (amable o despectivo) y la postura corporal y gestualidad con que se dice, todo ello, nos informa de qué tipo de mensaje se trata (...) antes de poder entender qué nos dice” (p. 21).

Al distinguir dos niveles en la comunicación, se plantea la cuestión de si son, o no, coherentes entre sí. Algo que estipula la teoría de los tipos lógicos ya que al haber una incongruencia entre estos niveles de comunicación, se da una *paradoja*. Así mismo, en la comunicación puede observarse la pragmática y la semántica. La *pragmática* Watzlawick, Beavin y Jackson., citados en Feixas et al. (2016) La entienden como “la manera en que las personas se influyen unas a otras por lo que su conducta tiene de mensaje; las modalidades en las que se confirman o desautorizan, en que se estimulan o se vuelven locas unas a otras” (p. 29) es decir, la base de esta comunicación tiene que ver con las acciones que componen una comunicación y sus efectos en la interacción de las personas que forman parte de ella.

Por el contrario, la vertiente *semántica*, se relaciona con el significado de la comunicación basándose en el valor de mensaje que tiene la comunicación, el cual debe ser interpretado por el receptor, de acuerdo con sus valores y los de su contexto.

Propiedades sistémicas de la familia

La visión de la familia como un sistema implica la aplicación de algunos principios de la Teoría General de Sistemas a la familia (Adaptado de Watzlawick et al., 1967; Feixas y Villegas, 2000; citados en Feixas et al. 2016).

La familia como sistema abierto:

La familia como conjunto de individuos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera normas de funcionamiento, en parte independiente de las que rigen el comportamiento individual. El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio.

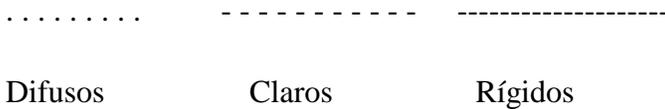
Totalidad

El cambio en un miembro afecta a los otros, puesto que sus acciones (y significados) están interconectadas con las de los demás mediante pautas de interacción (interdependencia). Las pautas

de funcionamiento del sistema familiar no son reducibles a la suma de los individuos (no-sumatividad).

Límites

El sistema se compone de varios subsistemas, entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable.



Jerarquía

La familia está estructurada jerárquicamente de acuerdo con varias formas de organización.

Retroalimentación.

La conducta de cada miembro influye en la de los demás en forma de feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector).

Equifinalidad.

Se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos muy diversos. El estado final es independiente del estado inicial.

Tendencia a estados constantes.

La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.

Con cada movimiento interaccional disminuye el número de variedades comunicacionales posibles (proceso estocástico).

Los mecanismos que preservan el mantenimiento de las reglas interaccionales se consideran homeostáticos por su función de mantener un determinado equilibrio.

Interacción diádica y triádica del sistema

Bateson., citado en Feixas et al. (2016) propuso una forma de clasificar las interacciones entre pares de personas (díadas) que ha seguido siendo empleada hasta la actualidad, mostrando gran utilidad. Así, se encuentran:

La *interacción complementaria* se basa en la aceptación, y a menudo disfrute, de la diferencia entre la posición superior de un miembro y la inferior del otro. Las conductas que intercambian son diferentes pero encajan. Pueden darse estos patrones entre padres e hijos, maestros y alumnos, médicos y enfermos, y en las parejas (entre otros).

En la *interacción simétrica*, los participantes tienden a situarse en el mismo nivel, a mantenerse en igualdad. Cualquiera de los dos puede ofrecer consejo, tomar la iniciativa, entre otras.

De tal modo, cada mensaje de este tipo estimula una respuesta similar en el otro, en un patrón que se conoce como *escalada simétrica*, referidas a un patrón interaccional que lleva la disolución de la diada o a sus destrucciones. También se observa que existen otras situaciones caracterizadas por la inestabilidad. Es lo que se conoce como *simetría inestable*, situación en la que uno suele imponerse al otro pero el otro no se acaba de conformar y lucha por mantener su posición. Entonces se convierte en una lucha en la que las dos partes tratan de imponer su poder y es precisamente allí donde radica la inestabilidad.

Por consiguiente, en estas situaciones conflictivas lo habitual es que la diada recurra a terceras personas que les sirvan de aliados, de tal forma que su función como sistema se da en torno a esta. Esto indicaría entonces, que los terceros que llevarían a movilizaciones del sistema en una familia podrían ser los hijos, pero también puede ser el perro, el televisor, Internet, un amante, el trabajo, la suegra, etc. Para ello es importante distinguir entre *alianzas*, que serían las proximidades naturales entre miembros de la familia, y *coaliciones* dadas cuando se dan asociaciones entre miembros en contra de otro de la familia. Éstas suelen ser negadas a nivel explícito y no son aparentes a los ojos de un observador Feixas et al. (2016).

De hecho, al darse una coalición, esta acarrea movilizar a uno de los hijos en contra del otro progenitor, se conoce como *triangulación*, que serían dos de los miembros que conforman la familia en contra del otro, perjudicando directamente al hijo en cuestión puesto que gran parte de su energía se dedica al conflicto parental, centrándose en una vida que no es la suya, orienta su atención a sus progenitores, dejando su proceso de desarrollo atrás Feixas et al. (2016).

Las escuelas y sus métodos terapéuticos Feixas et al. (2016)

La escuela interaccional del MRI de palo alto.

En 1958, Don Jackson., citado Feixas et al. (2016) fundó el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto. El MRI funcionó paralelamente a dicho equipo hasta la disolución del segundo en 1961. Nació como necesidad de canalizar los intereses más clínicos, de formación y de asistencia, orientado al desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas basadas en el modelo sistémico que daba sus primeros pasos.

"La solución es el problema".

La principal aportación conceptual de esta escuela consiste en el particular análisis del problema que realizan en función del patrón interaccional en el que se inserta. Tomando el esquema de la *causalidad circular*, investigan la secuencia de (inter)acciones que rodean al problema. Básicamente, les interesa determinar quién hace algo cuando aparece el problema, y qué hace, para intentar solucionarlo.

De hecho, ellos consideran los problemas, o mejor dicho las dificultades, como parte esencial e inevitable del desarrollo humano. El ciclo vital supone afrontar innumerables dificultades, algunas más normativas o generales y otras características sólo de algunas evoluciones familiares pero al fin y a los cabos naturales, propios de la vida. En este sentido, las dificultades se van resolviendo o aceptando de forma también natural, con los propios recursos de la persona que las afronta o con la ayuda de la familia o de otras personas de su medio o red social

Es por ello, que el eslogan de esta escuela es “la solución es el problema”. En efecto, entienden que la solución aplicada a la dificultad es la que no permite su resolución por más lógica

que parezca, y por más bien intencionada que sea. Una de las implicaciones prácticas de esta visión del problema es que los terapeutas sistémicos suelen preguntar por las soluciones intentadas por la familia, por el propio sujeto, por alguna institución, o bien por otro terapeuta. Tal como es característico de la causalidad circular, les importa mucho menos la causa original, quién empezó, que la secuencia interaccional en la que inscribe el problema en la actualidad, especialmente la solución que se le aplica; actuando sobre la dificultad misma.

Las escuelas estructural y estratégica

Feixas y Miró (1993)., citados en Feixas et al. (2016) siguiendo a varios autores, tratan estas dos escuelas bajo una misma rúbrica por tener como eje el análisis de las relaciones triádicas. Sus líderes más destacados son Jay Haley, por parte de la escuela estratégica, y Salvador Minuchin, por la estructural.

Las tríadas y su estructura

Los conceptos sistémicos básicos para entender las tríadas como lo son las alianzas las coaliciones y la triangulación habían sido ya formulados por el equipo de Palo Alto. Sin embargo para estas escuelas es central estudiar la estructura y organización de la familia viendo si ésta es suficientemente clara para el desarrollo de los miembros de la familia. Las interacciones de la familia se derivan de esta estructura, entendida como los roles que organizan la conducta que permite que se realicen las funciones de la familia (Feixas et al. 2016).

Una de las primeras cuestiones a considerar es la *jerarquía*. Para Minuchin., (citado en Feixas et al. 2016) los niños se desarrollan mucho mejor cuando los padres, u otros cuidadores, pueden colaborar adecuadamente en su cuidado. Si la jerarquía no está clara como es el caso en una simetría inestable de la pareja parental, los conflictos y confusiones dificultan el desarrollo de los miembros de la familia, de los hijos en particular.

Otra cuestión a considerar es la de las fronteras o *límites* entre subsistemas. Éstas sirven para definir quién participa de qué y cómo. Son como barreras invisibles que envuelven a los

miembros de la familia y sus subsistemas. También sirven para regular su comunicación con el exterior. Ejemplos de subsistemas son el parental, el filial, el de los abuelos. En familias con muchos hijos, el sistema filial se puede dividir aún más.

Cuando estas fronteras son muy *rígidas* e impermeables, los miembros de la familia funcionan con independencia unos de otros, sin interesarse demasiado por lo que les sucede a los demás. Ello puede suponer un déficit con respecto a las necesidades socio-afectivas de sus miembros, indispensables para su desarrollo. A estas familias se les llama también *desligadas* (Feixas et al. 2016).

En el caso contrario, cuando las fronteras son *difusas* o borrosas, poco definidas, no existen límites claros entre los miembros de la familia. Por lo que, es muy difícil tener intimidad personal o en un subsistema en particular. Los estructurales llaman a estas familias "*de puertas abiertas*". Por otro lado están familias en las que las necesidades de apoyo, afecto y protección se satisfacen en demasía. Sin embargo, las de independencia e individuación no se respetan de forma suficiente. A estas familias se las conoce como familias *aglutinadas*, y éste es uno de los rasgos de las familias psicósomáticas que estudiaron los terapeutas de la escuela estructural (Feixas et al. 2016).

Las técnicas estructurales

Unión y acomodación (joining) Minuchin., (citado en Feixas et al. 2016) sugiere que en una primera fase hay que conseguir "entrar" en el sistema, unirse o acoplarse a la familia. Para ello emplea:

El *rastreo* que implica la recogida de la información interaccional y estructural. Le interesa comprender las pautas y reglas familiares, y principalmente su estructura (alianzas, coaliciones, jerarquía, etc.) y para ello explora las situaciones que le cuentan (y sobre todo quién y cómo las cuenta) para poder captar dicha estructura. El *mantenimiento* supone actuar respetando las reglas actuales del sistema a medida que se van descubriendo. Por ejemplo, si la madre actúa como portavoz de su hijo, en los primeros momentos el terapeuta va a permitir su papel intermediario. Posteriormente, cuando la acomodación sea suficientemente buena, va a impedirlo (en la fase de reestructuración).

El *mimetismo* consiste en realizar alguna acción que resulte paralela a las de la familia. Por ejemplo, se puede quitar la chaqueta si algún miembro de la familia lo hace. Con ello se pretende la potenciación de algunos elementos de similitud entre el terapeuta y la familia por medio verbal o, preferentemente, no verbal. El mimetismo intenta conseguir que los miembros de la familia sientan al terapeuta más próximo, como si formara parte de su sistema, al menos en una cierta medida. Una vez el terapeuta se ha ganado cierta confianza de la familia, y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras, puede utilizar las técnicas de reestructuración que de acuerdo a lo citado en Feixas et al. (2016) son:

Redefinición positiva del síntoma. Intenta proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, que ponga en duda las estructuras del sistema. Se trata de desafiar las definiciones dadas en la familia, entre las que se incluye el rol del paciente identificado, cuestionando así su visión de la realidad. Al intervenir de este modo, el terapeuta está proponiendo una reformulación positiva del llanto del niño y a la vez le está otorgando el papel que merece, en el sentido de que un niño de tres años requiere mucha atención por parte de los padres.

Prescripción de tareas. Se trata de que varios miembros de la familia hagan cosas conjuntamente. En ocasiones estas tareas se ponen al servicio de la promoción de alianzas alternativas a las existentes, en lo que se denomina reestructuración de límites.

Dramatización en la sesión (enactment). El terapeuta pide que alguien de la familia realice alguna acción, en el aquí y ahora de la sesión, que tiene el significado de alterar alguna función o estructura.

Desequilibración. Consiste en que el terapeuta forme una alianza intensa con un subsistema de la familia (a menudo el niño, o el más débil de los miembros de la pareja) para forzar una reestructuración de límites. Es, obviamente, una de las técnicas más arriesgadas, y requiere que el terapeuta luego lo compense para recuperar la neutralidad. De no ser así, corre el riesgo de convertirse en un aliado de un parte del sistema, y perder la confianza del resto.

La escuela de Milán

Su origen se sitúa ya en la década de los sesenta, por parte de un grupo de destacados psicoanalistas de Milán, que empezaron a estudiar la sistémica que venía de EE. UU. Tuvieron intensos contactos con Watzlawick y otros miembros de la escuela interaccional del MRI, y realizaron una lectura muy fiel y profunda de Bateson, hasta que su fascinación por el modelo sistémico fue tan intensa que cuatro de ellos fundaron el Centro per il Studio della Famiglia. Se comenta en el mundo sistémico el simbolismo de la coincidencia entre la muerte de Jackson y el nacimiento de esta escuela en 1968 (citado en Feixas et al. 2016)

El método terapéutico del equipo inicial

En su trabajo de 1980, el equipo de Milán., (citado en Feixas et al. 2016) describe su método de entrevista, que ha sido una guía maestra para gran parte de los terapeutas sistémicos. El proceso se inicia ya en el mismo contacto para la petición de consulta. Mediante una ficha telefónica se recoge información básica sobre el derivante y la familia que permita elaborar una hipótesis circular inicial acerca de la función específica que para cada miembro de la familia cumple el síntoma del paciente identificado.

Aunque sea sólo un contacto telefónico inicial, su análisis detallado pueden aportar elementos orientadores acerca de las expectativas que tiene la familia del tratamiento (a veces relacionadas con el mensaje que ha dado el derivante) y, por tanto, de sus parámetros organizativos. De esta forma, las sesiones de terapia comienzan con una hipótesis previa el equipo acerca de los motivos por los que la familia busca ayuda, y lo que espera de la terapia en función de su estructura actual. Esta hipótesis inicial se revisa en el transcurso de la sesión, de modo que gran parte de las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmar o refutar la hipótesis inicial.

El hecho que una parte del equipo se mantenga detrás del espejo unidireccional permite asegurar en gran medida el logro de la condición de neutralidad del terapeuta respecto de la familia, considerada como indispensable, así como el mantenimiento de una "meta posición" con respecto a la familia. A continuación se describe una de las intervenciones más características del equipo inicial de Milán:

La *connotación positiva* consiste en atribuir un significado positivo a la conducta problema o síntoma (a menudo en términos de generoso sacrificio) y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad, especificando la contribución de cada uno de sus miembros a la pauta circular (Feixas et al. 2016).

El ciclo vital de la familia

Como se cita en Feixas et al. (2016), el ciclo vital de la familia se refiere a:

En la psicología tradicional se considera el ciclo vital del individuo, desde que nace (e incluso como feto) hasta su muerte. Pero el modelo sistémico se centra en la familia como sistema que se transforma con el tiempo. Desde esta perspectiva, el ciclo vital más allá del individuo. El ciclo vital de una familia se concibe como una serie de transiciones familiares en las que ocurre una re-negociación de las reglas interaccionales. Para la familia más típica o normativa (padre, madre, hijos) se describen las siguientes etapas:

Primeros años de matrimonio: es el tiempo en que se forma la alianza conyugal, se establecen las reglas de interacción (distribución de tareas, roles, etc.), y se regula la relación con familias de origen de ambos cónyuges.

Nacimiento y primeros años de los hijos: se re-organizan las tareas y roles, empiezan a aparecer las tríadas (alianzas, coaliciones), se re-definen las relaciones con "abuelos".

Hijos en edad escolar: es la etapa de la socialización de la familia, formación de rituales y se estipula la participación de los hijos en las tareas familiares.

Adolescencia y emancipación de los hijos: se requiere una re-definición de la relación entre los padres y el joven adulto, supone también un cierto re-encuentro de la pareja, al mismo tiempo que se convierten en cuidadores de sus familias de origen.

Retiro y vejez: una vez los hijos han creado sus propias familias se produce el llamado síndrome de "nido vacío", los padres deben re-organizar su vida en tareas no laborales, y con la edad pasan de ser cuidadores a precisar cuidados.

Familias.

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, y de él dependerá el terapeuta de familia en la obtención de las metas terapéuticas. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 2004).

Los miembros de la familia no se suelen vivenciar a sí mismos como parte de esta estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de otros individuos, y que éstos influyen sobre la suya. Y cuando interactúa en el seno de su familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. Así, los miembros de cada familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y de detalle, la geografía de su territorio. Cada uno tiene noticia de lo que está permitido, de las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como de la índole y eficacia del sistema de control Minuchin y Fishman (2004)

La familia debe verse como totalidad compuesta por formas de vida diferentes, donde cada parte cumple su papel, pero el todo constituye un organismo de múltiples individuos, que en sí mismo es una forma de vida Minuchin y Fishman (2004). Arthur Koestler., citado en Minuchin y Fishman (2004) Creó un término útil en particular para la terapia de familia como unidad de intervención: la palabra holón, del griego hotos (todo) con el sufijo on (como en protón o neutrón), que evoca una partícula o parte. Cada holón ya sea el individuo, la familia nuclear, la familia extensa o la comunidad es un todo y una parte al mismo tiempo. Así mismo, el holón, en competencia con los demás, despliega su energía en favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo. Por consiguiente, la parte y el todo se contienen recíprocamente

en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. Para un entendimiento de los diferentes holónes se darán a conocer a continuación:

El holón individual

El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Yendo más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto (Minuchin y Fishman, 2004).

Y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos. Hay un proceso circular y continuo de influjo y refuerzo recíprocos, que tiende a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio. Es fácil considerar la familia como una unidad, y al individuo, como un holón de esa unidad (Minuchin y Fishman, 2004).

El holón conyugal

En la terapia familiar, el holón conyugal inicia desde que dos adultos se unen para formar una familia. Articulando expectativas, tanto explícitos como inconscientes, que van desde el valor que atribuyen a la independencia en las decisiones hasta la opinión sobre si se debe o no tomar desayuno. Para que la vida en común sea posible, es preciso que estos dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo. Cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, esto es, perder individualidad, pero ganando en pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo.

Minuchin y Fishman, (2004) afirma que las pautas de interacción que poco a poco se elaboran no suelen ser discernidas con conciencia. Simplemente están dadas, forman parte de las premisas de la vida; son necesarias, pero no objeto de reflexión. Muchas se han desarrollado con

poco esfuerzo o ninguno. Las pautas establecidas gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial, dependiendo de la cultura, costumbres y valores con las que fueron criados.

Una de las más vitales tareas del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. El acierto con que estén trazadas estas fronteras es lo que determina la viabilidad de la estructura familiar. Sin embargo, si las reglas se vuelven tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias interaccionales de cada esposo fuera de la familia, conllevarían al sistema a someterse a reglas inadecuadas en la colecta de acuerdos del pasado; en ese caso, sólo cuando estén lejos uno del otro podrán ser y hacer lo que comúnmente harían ya que sienten cierto grado de libertad al estar sin la otra persona. En esta situación, el subsistema de los cónyuges se empobrecerá más y más y perderá vitalidad, volviéndose por último inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros llevando por ende a la disolución total del sistema (Minuchin y Fishman, 2004).

Por otro lado, el subsistema de los cónyuges se convierte en algo vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero agobiado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo cual será la base para la formación de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. En efecto, si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia. (Minuchin y Fishman, 2004).

El holón parental

Las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Pero son muchos más los aspectos del desarrollo del niño que reciben el influjo de sus interacciones dentro de este subsistema. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desea, dentro de su propio estilo familiar (Minuchin y Fishman, 2004)

Según las respuestas de sus progenitores, y según que éstas sean adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto. Conoce las conductas recompensadas y las desalentadas. Por último, dentro del subsistema parental, vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones. El holón parental puede estar compuesto muy diversamente. A veces incluye un abuelo o una tía. Es posible que excluya en buena medida a uno de los padres. Puede incluir a un hijo parental, en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos (Minuchin y Fishman, 2004).

Ahora bien, en lo mencionado anteriormente se destaca desde los antecedentes teóricos, es decir las diferentes teorías que definen al enfoque sistémico, principalmente lo que tiene que ver con sistemas y la importancia de ver el sistema como una totalidad es decir como algo holístico donde el todo es más que la suma de sus partes, así mismo, la definición y los fundamentos del modelo sistémico, las propiedades sistémicas de la familia, lo relacionado con la interacción diádica y tríadica del sistema, las principales escuelas, los métodos terapéuticos empleados en cada una y por último el ciclo vital de la familia además de los diferentes sistemas que se dan dentro de la familia.

Capítulo II. Infertilidad

La infertilidad es un problema muy común que puede presentarse tanto en la mujer como el hombre según los estudios realizados se demuestra que afecta a una de cada seis parejas, lo cual puede implicar una desestabilidad emocional reflejadas en la comunicación, reglas y roles de la pareja y en círculo familiar, debido a frustración e impotencia que pueden sentir a raíz de no poder concebir sus propios hijos como lo habían planeado desde el inicio de su relación, por otro lado se encuentra presente la presión y el rechazo que ejerce la familia por el hecho de no poder procrear y no formar una familia como el resto de las personas “normales”.

¿Qué Es La Infertilidad?

Puede ser definida como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer.

Este aumento podría deberse por lo menos a cuatro factores: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes. (Ministerio de salud, 2015)

Infertilidad En La Mujer

Según el Ministerio de salud (2015) Infertilidad es un término que los doctores usan cuando una mujer no ha podido quedar embarazada después de haberlo intentado por lo menos por un año. Si una mujer tiene varios abortos espontáneos, eso también es infertilidad. La infertilidad femenina puede ser causada por problemas físicos, hormonales, por el estilo de vida o factores ambientales.

La mayoría de los casos de infertilidad femenina son a causa de problemas de ovulación. Un problema es la insuficiencia ovárica prematura, en el cual los ovarios dejan de funcionar antes

de la menopausia natural. Otro problema es el síndrome de ovario poliquístico, cuando los ovarios no liberan un óvulo con regularidad o no pueden liberar un óvulo sano.

Infertilidad En El Hombre

Según Cubillos, (2013) El desarrollo y el transporte de espermatozoides maduros funcionales dependen de una secuencia específica de eventos y cuando hay disfunción en uno de ellos, una adecuada evaluación puede ayudar a determinar dónde está localizado el problema y así establecer las opciones de tratamiento (tiene una larga duración y suele ser muy costoso) para solucionarlo. Casi todas las causas de la infertilidad masculina usualmente están relacionadas con desordenes del esperma ya sea en número o en calidad. La infertilidad en el hombre puede darse debido a:

Azoospermia: la cual es la completa ausencia de espermatozoides en el semen. Esto ocurre entre el 10 y 15% de hombres con infertilidad.

Oligozoospermia o "bajo conteo espermático": Es usualmente debido a una marcada reducción en la producción espermática. Esta condición puede ser asociada con Varicocele (vena varicosa en el escroto).

Astenozoospermia: Baja velocidad de los espermatozoides.

Teratozoospermia: Alteraciones aumentadas de las formas anormales.

Problemas con la eyaculación: Los espermatozoides son producidos, pero el semen no sale al exterior.

La infertilidad es una problemática que en los últimos años ha venido amentando rápidamente, esto se debe a iniciación de una vida sexual a temprana edad, las diferentes enfermedades de transmisión sexual que también pueden ocasionar la infertilidad o alguna enfermedad de tipo fisiológico que genere ciertas complicaciones al momento de quedar embarazada, según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2017), alrededor de un 11.8% de las mujeres entre las edades de 15 a 44, años presentan algún tipo de contrariedad para quedar embarazada o mantenerse embarazada, aunque vale la pena aclarar que se considera

infértil a una mujer que trate de quedar embarazada por un período de un año y no lo consigue, o por seis meses en el caso de que la mujer sea mayor de 35 años; de igual manera si la mujer logra quedar embarazada pero no logra terminar el embarazo también podría considerarse infértil.

Alrededor de un 30% de los casos de infertilidad, se atribuyen a problemas con el sistema reproductivo de la mujer, un 30% se le atribuye a problemas en el hombre y el 40% restante se debe a razones que se desconocen, pero que probablemente envuelven a ambas partes. Algunas parejas después de tener la plena certeza que son infértiles recurren a diferentes alternativas que existen poder tener sus propios hijos, en muchas ocasiones este tipo de tratamientos suelen ser muy largos y además tiene un costo muy elevado, por lo cual no todas las parejas puede someterse a estos tratamientos, en el caso de las mujeres, al someterse a estos largos tratamientos puede generarles estrés ya que deben alejarse de la vida que normalmente antes llevaban y dedicarse por completo a los medicamentos y exigencias del tratamiento, en algunas ocasiones no todas las mujeres cuentan con el apoyo de sus esposos y deben emprender esta batalla contra la infertilidad completamente solas.

Técnicas de reproducción asistida

Existen diversas alternativas a las que pueden recurrir las parejas infértiles, las cuales se conocen como técnicas de reproducción asistida, cada uno de ellas con diferentes tipos de tratamiento, duración y costo.

Inseminación Artificial

En la actualidad gracias a los grandes avances tecnológicos en los métodos de reproducción asistida, la técnica se ha perfeccionado y hoy los espermatozoides se seleccionan para luego ser colocados cuidadosamente en el útero. La técnica consiste en realizar un procedimiento donde básicamente se colocan los espermatozoides dentro del útero cerca del momento de la ovulación. La idea es colocar los espermatozoides directamente dentro del útero para acortar el viaje hasta las trompas de Falopio; aumentando la posibilidad de que más espermatozoides se acerquen al óvulo, y así mejorar las posibilidades de que una mujer quede embarazada (revista de inseminación

artificial intrauterina y comparación de resultados al tiempo posterior a la inducción de ovulación, Ramos, Delgado y García ,2012)

La técnica de inseminación artificial se recomienda realizar en caso que la mujer padezca de alteraciones en el moco cervical, por ejemplo, el moco se hace hostil a los espermatozoides, cuando el hombre tiene anticuerpos contra su propio semen o bien cuando los espermatozoides tienen dificultades para llegar al útero (impotencia, mala calidad del semen), o también se puede dar por infertilidad de causa desconocida donde los estudios de fertilidad son normales y ante disfunciones ovulatorias, alteraciones anatómicas o funcionales del cuello del útero.

Existen diferentes tipos de inseminación artificial, los cuales se pueden realizar dependiendo de la naturaleza de la infertilidad, entre los más importantes se encuentran:

Inseminación Artificial Con Semen Del Cónyuge

Según Cubillos (2013) El procedimiento de inseminación Artificial conyugal consiste en colocar en el interior del útero o del canal cervical de la mujer espermatozoides de su pareja, seleccionados previamente de una muestra de semen. Para ello es preciso realizar la monitorización de un ciclo menstrual de la mujer con el fin de detectar el momento de la ovulación. De esta manera se consigue, por una parte, evitar la barrera del canal cervical, y por otra se acercan los espermatozoides al lugar de la fecundación, seleccionando en el laboratorio los que poseen mayor movilidad para facilitar este paso y obtener así un éxito en la Inseminación Artificial. El desarrollo de la inseminación artificial con semen del conyugue consta de tres fases:

Primera Fase (Control Y Estimulación De La Ovulación)

Para la estimulación de la ovulación se emplea la hormona folículo estimulante (FSH) y se realiza un control del ciclo mediante el seguimiento ecográfico del desarrollo folicular en los ovarios. Al comprobar que el número y tamaño de los folículos es el adecuado (en esta técnica se pretende desarrollar sólo uno), se desencadena su maduración mediante otra hormona, llamada LH (hormona luteoestimulante).

Segunda Fase (Preparación De La Muestra De Semen)

El mismo día en que se va a practicar la Inseminación Artificial y antes de proceder a la misma, el varón entrega la muestra de semen (obtenida por masturbación) al laboratorio de fecundación asistida. Esta se lava en medio de cultivo y los espermatozoides móviles se concentran mediante centrifugación en gradientes. Una vez seleccionados, se disuelven en una pequeña cantidad de medio de cultivo. Este proceso pretende concentrar al máximo los espermatozoides móviles presentes en la muestra de semen original y eliminar los espermatozoides inmóviles.

Tercera Fase (Inseminación Artificial)

Tras este proceso se consigue tener un número muy elevado de espermatozoides móviles (varios millones) en un volumen muy pequeño (0'3 ml). Esta muestra, denominada volumen de inseminación, se carga en una fina cánula que se introduce en el interior del útero, justo en el día en que se espera la ovulación. Es un proceso sencillo, generalmente indoloro y muy similar a cualquier otro procedimiento habitual en la consulta del ginecólogo.

Inseminación Artificial Con Semen De Donante

Este tipo de inseminación artificial consiste en colocar en el interior del útero o del canal cervical los espermatozoides procedentes de un banco de semen. Para ello, es preciso realizar la monitorización de un ciclo menstrual en la mujer con el fin de detectar el momento de la ovulación. El semen procede en este caso, de un donante anónimo y se emplea cuando no puede utilizarse el semen de la pareja por motivos irreversibles (como algunos casos de cáncer o azoospermia) o cuando la mujer no tiene pareja masculina. La inseminación artificial de donante es una técnica simple y eficaz, porque la muestra de semen presenta unas condiciones óptimas de calidad y cantidad de espermatozoides, ya que procede de un varón sano cuya producción espermática se ha estudiado previamente con el fin de descartar cualquier patología. (Sociedad argentina de andrología, s, f)

Según Ventura (2013) Este tipo de inseminación artificial se emplea en casos de infertilidad masculina, en casos en los que se puede transmitir una enfermedad hereditaria a los hijos (como la hemofilia o la enfermedad de Huntington), en casos de incompatibilidad de Rh y en casos en que la mujer desea tener un hijo sin relaciones sexuales. La principal diferencia entre este tipo de inseminación artificial y la inseminación artificial del cónyuge es por tanto, la obtención

del semen. Los demás puntos del proceso son prácticamente idénticos. El porcentaje de embarazo se sitúa entre el 20 y el 25% por ciclo de tratamiento. La mayoría de los embarazos se producen en los tres primeros ciclos de inseminación artificial aunque factores como la edad de la mujer y la posible existencia de otras causas que afecten su fertilidad pueden demorar el éxito del tratamiento de inseminación artificial un poco más.

Seguridad De Esta Técnica De Inseminación Artificial

Ventura (2013) refiere que los donantes utilizados en las prácticas de inseminación artificial son cuidadosamente estudiados siguiendo criterios internacionales. Se evalúan los antecedentes familiares de problemas hereditarios, antecedentes personales de enfermedades, exámenes de laboratorio, estudios de enfermedades de transmisión sexual. Luego de este cuidadoso estudio es que son aprobados para ingresar en el grupo de donantes.

Una vez que la pareja se decide por el procedimiento de inseminación artificial, se programa una entrevista donde se analizan las características del marido: color de piel, color de cabello, color de los ojos, estatura y grupo sanguíneo, las cuales son comparadas con las del donante y se escoge el que reúna las características más parecidas. La información que se maneja en estos casos es confidencial, de manera que el donante no sabe para quién es la muestra y la pareja no sabe quién es el donante. El día de la entrevista deberá firmar una autorización, en la cual aceptan y entienden las características del procedimiento porque según la actual legislación los niños producto de inseminación artificial tienen las mismas consideraciones legales que las de los obtenidos por vía natural (Ventura, 2013)

Es importante que estén convencidos de las ventajas del procedimiento de inseminación artificial porque el paso que van a tomar los acompañará por el resto de sus vidas, por eso si se tiene dudas, es preferible un asesoramiento psicológico. Debido que la inseminación Artificial es la única alternativa que queda antes de la adopción. Ésta tiene la desventaja de que van a desconocer el 100% de la genética del niño que van a adoptar, mientras que en la inseminación artificial, el 50% de la genética proviene de la madre y el otro 50% va a ser dado por un donante que reúne todos los requisitos de calidad siguiendo los criterios de organizaciones internacionales.

Inseminación Artificial Intrauterina

La Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (2014) afirma que la inseminación artificial intrauterina (IUI) o inseminación artificial es un procedimiento donde el semen se procesa y los espermatozoides se reconcentran para ser depositados posteriormente en el útero usando un tubo (catéter) de material sintético delgado y flexible. Es necesario procesar adecuadamente a los espermatozoides ya que de lo contrario podrían ocurrir dolorosas complicaciones al depositarlos en el útero. En el día de la (IUI) el esposo produce una muestra de semen. El líquido seminal y los espermatozoides se separan usando un sistema de gradiente.

Al hacer la inseminación artificial intrauterina se inserta un espejo en la vagina de la paciente y el catéter con una jeringa conteniendo la muestra de espermatozoides debidamente procesada se inserta en el cerviz para depositarlo en el útero. Después de que se depositan los espermatozoides se retira el catéter y el espejo. Generalmente este procedimiento no es doloroso. Procedimiento de Inseminación intrauterina se realiza dependiendo de la(s) causa(s) de infertilidad y de otros factores, se recomienda utilizar un tratamiento de FSH (Gonal-F, Follistim, Repronex) para inducir la ovulación. Los porcentajes de embarazo usando inseminación artificial intrauterina más FSH generalmente son más elevados ya que favorecen el desarrollo de muchos folículos. Durante el tratamiento los pacientes son monitoreados con medición de estradiol y ultrasonidos transvaginales para evaluar el desarrollo de los ovarios y folículos.

La inseminación artificial intrauterina se planea para que se lleve a cabo cerca del momento de la ovulación. Una vez que los folículos están maduros, se inyecta una dosis de hCG para inducir la ovulación, la cual ocurre 36 horas después. Los ciclos de inseminación artificial intrauterina con FSH deberán ser llevados a cabo bajo la supervisión de un médico especialista en medicina reproductiva debidamente entrenado en el uso de gonadotropinas, los pacientes deberán ser monitoreados cuidadosamente para prevenir efectos colaterales indeseables y embarazos de alto riesgo (más de dos bebés). Generalmente el primer tratamiento es para casos de infertilidad masculina moderada. Los espermatozoides pueden ser concentrados lo suficiente para hacer la fertilización posible. Sin embargo en casos más severos de infertilidad masculina se puede usar fertilización in Vitro o ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides).

El procedimiento de ICSI radica en la inserción de un solo espermatozoide directamente en el ovocito. En estos casos los espermatozoides pueden ser obtenidos del eyaculado o colectados directamente del testículo o epidídimo. ICSI es un procedimiento que permite a hombres con factores severos de infertilidad tener hijos que bajo condiciones normales no hubiese sido posible. En casos aún más severos de infertilidad masculina las parejas tienen el recurso del uso de espermatozoides de donadores, este es un procedimiento menos caro pero él bebe no estará genéticamente relacionado con el esposo.

La inseminación artificial intrauterina es también la primera alternativa para mujeres con factor cervical de infertilidad. El moco cervical puede ser muy delgado, poco fluido o muy escaso. En algunos casos el sistema inmunológico de la esposa puede confundir a los espermatozoides como agentes patógenos invasores. Cuando esto pasa el cuerpo activa sistemas naturales de defensa para destruir a los espermatozoides como si fueran bacterias o virus. Con la inseminación artificial intrauterina, los espermatozoides son depositados directamente en el útero eliminando la exposición al moco cervical.

Frecuentemente escuchamos en las noticias historias de partos con tres o más bebés asociados a los tratamientos de las clínicas de fertilidad. Muy frecuentemente esos partos múltiples son producto de ciclos de inseminación artificial intrauterina llevados a cabo por médicos no especialistas. Los médicos debidamente entrenados, especialistas en medicina reproductiva, llevan un control sistemático de los ciclos de IUI y ajustan las dosis de FSH adecuadamente. Sin embargo aun así suelen presentarse partos múltiples ya que existe poco control sobre cuantos folículos serán ovulados. Es menos frecuente que las gestaciones múltiples ocurran en ciclos de FIV ya que generalmente se controla del número de embriones que se transfieren al útero.

La inseminación artificial intrauterina es menos costosa que un ciclo de IVF (inseminación in vitro), sin embargo la tasa de embarazo con inseminación artificial intrauterina es significativamente menor que con IVF. Generalmente se recomiendan tres ciclos de inseminación artificial intrauterina y si no hay embarazo el siguiente paso es la fertilización in Vitro.

Inseminación Artificial Intravaginal

En este tipo de Inseminación artificial el semen, tal como es eyaculado, es colocado en el fondo de la vagina. Es la técnica de Inseminación artificial que se utiliza en los casos de imposibilidad de realizar el coito por parálisis o disfunción sexual. En este caso el médico puede entrenar al paciente a que recoja la muestra por masturbación y lo inyecte en la vagina. Este tipo de inseminación artificial, es una de las formas menos conocidas de inseminación artificial utilizadas por las parejas. Para llevar a cabo este procedimiento se deberá colocar una muestra del espermatozoide de su pareja directamente dentro de su vagina, depositándolo en una zona cercana al cuello uterino.

El procedimiento de Inseminación artificial conocido como Intravaginal es realmente muy sencillo y está dando muy buenos resultados ya que usted podría realizarlo sin ayuda de un tercero, en su propio hogar. Para ello, se deberá utilizar una muestra de espermatozoide de su pareja o del donante que hubiera seleccionado. Esta muestra deberá colocarse dentro de una jeringa estéril. Dicha jeringa será colocada dentro de su vagina, y se ejercerá una leve presión sobre la misma para que ésta llegue hasta su cuello uterino. Una vez que se encuentre ubicada en el lugar indicado, se depositará una muestra del semen cerca de su cuello uterino.

Inseminación Artificial Homóloga

Recibe este nombre la inseminación artificial realizada con semen del propio marido. Este tipo de inseminación es la más indicada cuando el varón tiene alguna anomalía en la anatomía de su pene, como por ejemplo que el orificio de éste se presente en su parte inferior, con lo cual a sus espermatozoides les resultaría extremadamente difícil, por no decir imposible, alcanzar el óvulo y fecundarlo. También se utiliza esta técnica cuando el hombre sufre de eyaculación precoz o de problemas de erección, hay hombres que mantienen erecciones potentes mediante la masturbación o el sexo oral, pero son incapaces de mantenerla cuando la introducen en la vagina de la mujer.

Si la mujer sufre algún problema tipo barrera, alguna alteración en las trompas o disfunciones ovulatorias, también se indicará este tipo de inseminación, así como en el caso de que el hombre tenga un recuento espermático bajo. Está demostrado que la mayor parte de los espermatozoides se encuentra en la parte inicial del semen eyaculado, por lo tanto, habrá que

recoger el semen inicial de varias eyaculaciones para posteriormente juntarlos, de esta manera, aumentará el número de espermatozoides, con los que se inseminará a la mujer en su período más fértil.

Aproximadamente la mitad de las veces el hombre es el que presenta el problema de infertilidad. En algunos casos, existe tratamiento médico o quirúrgico y la pareja puede lograr el embarazo en forma espontánea, pero en un número importante de casos hay que recurrir a la Inseminación Artificial homóloga.

Consecuencias Psicológicas de la Infertilidad

Según Gonzales (2016) Las implicaciones psicológicas que se pueden generar en las parejas que están viviendo la problemática de la infertilidad pueden llegar a ser muy fuertes debido a que una persona o una pareja se enfrentan a esta situación, puede tener un impacto estresante, una crisis vital, y tener que enfrentarse a un proceso complejo de toma de decisiones. Es fácil de entender el impacto psicológico en una pareja cuando conocen que tienen un problema de infertilidad. Ante el deseo de tener un hijo, la mayoría de las personas tienen la creencia de que cuando lo intenten lo van a conseguir de manera natural, ya que existe la creencia de que la procreación es un proceso voluntario, que se puede conseguir. Por tanto, cuando la pareja se enfrenta a este problema, aparecen reacciones de sorpresa, desconcierto y cierta frustración por no poder llegar a conseguir el deseo de ser padres.

Pero dicho impacto, no es igual ni en todas las personas, ni en las diferentes fases por las que se va pasando a lo largo de un tratamiento. De hecho, existen muchas personas que presentan un buen nivel de ajuste emocional y disponen de recursos adaptativos adecuados para afrontar el problema y el posible tratamiento, por lo que no tendrían las dificultades psicológicas que presentan otras personas.

Claramunt, C (2009) refiere que una vez se haya dado el diagnóstico y la pareja desee realizarse un tratamiento de fertilidad, aparecen expectativas muy positivas sobre la posibilidad de conseguirlo, mejorando significativamente el estado de ánimo, y aunque en la primera fase del

tratamiento, la mujer se somete a un tratamiento farmacológico para realizar la estimulación ovárica, que en algunos casos, pueden presentar algunos efectos negativos (a nivel físico y emocional) en general esto no repercute de forma negativa, influyendo mucho más en positivo la expectativa de llegar a conseguir el embarazo.

Según las revista papeles del psicólogo, España (2012) En algunos casos, es necesario suspender el tratamiento en esta primera fase por una mala respuesta ovárica, y aunque el porcentaje de estos casos es bajo, cuando se da, la persona sufre unas consecuencias emocionales, como son desánimo, desorientación, tristeza. Si todo va bien y se va avanzando en el tratamiento, la esperanza, la ilusión y el optimismo van en aumento. En todo este proceso es fácil entender algunas de las emociones por las que se va pasando, la ansiedad ante la espera, la ilusión de poder conseguirlo, la angustia ante las revisiones para comprobar cómo va evolucionando todo, el miedo ante algunas dificultades que pueden aparecer, y también, el sentimiento de fracaso, frustración, si aparece alguna dificultad y se tiene que suspender.

El proceso por el que han pasado, ha supuesto un coste tanto físico como psicológico, además del coste económico que estos tratamientos pueden tener. Si se ha llegado con éxito hasta este momento, todo ese coste se “olvida”, pero si por el contrario no se ha conseguido, en este momento las repercusiones psicológicas son importantes, provocando en muchos casos un estado emocional con presencia de rasgos depresivos.

La “montaña rusa” de emociones por las que han pasado, unido a la decepción por el fracaso, explican esa importante repercusión emocional, pues aunque en todos los casos, los profesionales que atienden a estas personas, explican las dificultades que pueden existir, no garantizan el éxito del tratamiento, informan de que en muchos casos hay que realizar nuevos intentos. La realidad es que cada persona, cuando va avanzando en el proceso consiguiendo los objetivos que se esperan en cada fase, genera, comprensiblemente, la expectativa de poder conseguirlo.

El momento en el que se realiza la transferencia embrionaria, provoca en las mujeres una sensación de que ya lo han conseguido, ilusionándose con la idea de que ya están embarazadas, este es un momento especialmente difícil, es la fase de espera de resultados, es un periodo donde las dudas, la incertidumbre, el miedo, conviven con la ilusión, y el fuerte deseo de conseguirlo. Si

al final, los resultados son positivos, todo el proceso con todos los costes, habrá merecido la pena, pero si esto no ocurre, las consecuencias psicológicas negativas, son importantes. Y en muchos casos, esas personas pueden necesitar de apoyo psicológico para poder hacer frente a dichas consecuencias y recuperarse para iniciar un nuevo tratamiento, si fuese el caso.

Aspectos psicológicos de la infertilidad

Según Claramunt, (2009) La infertilidad implica así una crisis que genera intenso estrés, tanto individual como de pareja. A menudo es la primera que la pareja enfrenta en forma conjunta. Hasta ese momento uno puede haber sido el apoyo del otro. En esta crisis ambos son parte del problema. Comparten las emociones, pero las enfrentan con diferentes modalidades, propias de la diferencia de los sexos, cada uno con su personalidad y su bagaje personal. La negación, componente normal de las primeras etapas de la búsqueda de uno puede oponerse a la ansiedad del otro. Frente a un diagnóstico de patología uno puede sentir que le hizo perder al otro un tiempo irrecuperable.

Atraviesan juntos una larga cadena de pérdidas: la autoestima, la confianza en sí mismos y en la pareja, la comunicación y el placer que hasta ese momento eran parte de sus vidas pueden verse considerablemente afectados. A estas pérdidas se suman las de la independencia y la privacidad que desde la etapa diagnóstica – con sus horarios pautados, exámenes post-coitales, estudios, maniobras dolorosas – provoca una invasión necesaria del médico que deja a ambos miembros de la pareja sumamente expuestos con respecto a aspectos de su vida que hasta entonces nunca habían salido de la intimidad (Barón, 2016).

Capítulo III. Relaciones de pareja

Contextualización de las Relaciones de Pareja

Una relación de pareja es un nexo de vínculos afectivos entre dos personas, representan un aspecto fundamental en la vida del individuo la comunicación y la comprensión de una pareja son esenciales para el desarrollo de la persona y de su vida en sociedad. (Zabala, 2015). En efecto, una relación de pareja tiene distintas etapas cuando evoluciona en positivo. En primera instancia se encuentra lo que se conoce como el enamoramiento, esta es una fase inicial y crucial en la vida de las parejas; es el punto donde realmente se conocen el uno al otro. Es una etapa de dulce ilusión, aunque en realidad es un estado emocional de amor y alegría de deleite por haber encontrado y sincronizado emocionalmente con otra persona, que es capaz de compartir con uno todas las cosas de la vida, dedicar calidad de tiempo y generar satisfacción personal.

Los científicos, filósofos, psicólogos y poetas han tratado por años de descifrar que es el enamoramiento. Pero, los científicos dicen: Bioquímicamente, es un proceso que se inicia en la corteza cerebral, que se filtra al sistema endocrino y se convierte en respuestas fisiológicas y cambios químicos generados en el hipotálamo a través de la segregación de la dopamina. En todo caso, es un magnetismo especial que es un preámbulo necesario para la preservación de la especie humana. Crea sensaciones agradables y de atracción, como que no se puede vivir sin ésta persona. Es parte del mecanismo de reproducción humana. Para los filósofos, el enamoramiento es, la etapa del conocerse, la persona que está atravesando por un enamoramiento tiene un único pensamiento y este va dirigido hacia la persona por la que está sintiendo atracción, el resto del mundo desaparece totalmente. Ferrer, (2015).

Es el estado mental alterado en el cual la realidad es sustituida por una total idealización de la otra persona. Según algunas teorías, esta fase del el enamoramiento se inicia con una atracción física recíproca y las teorías van desde que nuestra psiquis tiene guardada la imagen de la pareja que buscamos y que apenas la encontramos nos da un campanazo de alerta, que buscamos siempre a una persona con rasgos físicos, sociales, culturales, intelectuales, parecidos al nuestros y al de nuestra propia familia para sentir complacencia de gustos personales por eso se dice que las personas se enamoran de quien anhelan ser o bien de lo que tiene el otro.

Basados en esto se afirma que se busca a la pareja adecuada para perpetuar los interés y esto se hace después de una evaluación por instinto buscando a la mejor persona con la que se quiere unir. (López, 2016). Por ello, es muy particular señalar que esta fase inicial en el comienzo de relaciones de pareja viene acompañada de algunos síntomas algunas personas manifiestan ser más sensibles ante la persona amada reaccionando con sudoración, pulso acelerado, tartamudeo, aumento de la presión arterial, risa floja, taquicardia, alteración de la percepción del tiempo, dolor o ansiedad en el estómago.

Etapas de las relaciones de pareja

En la etapa de enamoramiento, se hace una idealización de la persona, no se le haya defectos a la otra persona, por el contrario se le admira atribuyéndole cualidades positivas buscando siempre acudiendo a la necesidad de estar y agradar a la con la persona amada. Se comenta sentir distorsión del paso del tiempo, lejos del ser amado el tiempo se torna lento y estando con la persona el tiempo pasa rápido sintiendo que el resto del mundo desaparece totalmente. Todo esto lleva a las personas a perder la noción de las necesidades personales, no se siente hambre, sed, frío, calor, existiendo un desmedido interés por impresionar, olvidando los límites, regalando cuanto puede y cuanto no puede, inclusive excede a sus posibilidades económicas, pudiendo llegar a concretar infinidad de deudas las cuales le pueden causar más dificultades para su vida.

Suele generarse confusión con el enamoramiento ya que se piensa que cuando nos atrae otra persona, ya se está enamorado, por eso es costumbre usar la palabra amor para definir este estado. Sin embargo el enamoramiento es un estado mental alterado, en la que se vive una ilusión, nada es real, todo es una idealización. Consecuencia de la idealización momentánea que se hace, se puede afirmar que este no tiene duración máxima y es efímero se va cuando la realidad y se impone a las fantasías, ya que se empiezan a ver los defectos que antes no se veían, aunque si este es compartido por las dos personas se puede fortalecer esta fase en una relación estable y tranquila dándole paso a sentimientos reales y duraderos si este afecta sólo a una de las partes, sucede todo lo contrario (Tapia, 2008).

El enamoramiento pasajero puede ser detonante de rupturas de matrimonios o parejas estables influenciados de la ilusión pasajera, así mismo pueden ocurrir embarazos no deseados pues

estas relaciones se caracterizan por ser demasiados breves y no generar ningún tipo de afecto emocional. Esta fase suele manifestarse activamente entre los jóvenes, principalmente en la etapa de la adolescencia, pero sucede a cualquier edad, ya que la única condición para que ocurra es estar predispuesto y abierto a que suceda.

La etapa del noviazgo, hace parte fundamental para hablar de las relaciones de pareja ya que esta se puede afianzar los vínculos ya creados como lo son: la atracción, la incertidumbre, la intimidad y el compromiso. Se habla de atracción especificando que esta puede ser física, emocional o ambas, y es el comienzo de la relación, lo que hace que uno se fije en el otro. La incertidumbre acompaña esta fase ya que es el momento de la duda acerca de la pareja y de su pertinencia. Cuando no resulta favorable, se termina la relación y suele pasarse a otra. La exclusividad se fortalece cuando se abandona el deseo de salir con otras personas para dar paso a una consolidación de la relación existente.

Según Maureira (2011) consolidada la relación se entrega en la interacción física que denominamos intimidad, en esta la pareja comparte experiencias en privado, es decir, sin la presencia de terceros. Durante la misma, los integrantes de la pareja tienen oportunidad de mostrarse como son realmente, sus defectos y virtudes. Es una etapa fundamental en cualquier relación, ya que si el balance de todos los aspectos de la pareja no es favorable, la relación suele quedar inconclusa y no logra encontrar la estabilidad. En las etapas del noviazgo se debe resaltar que debe haber entrega mutua de ambas partes, y prioritariamente compromiso para que, los lazos amorosos se consoliden la pareja decida pasar a la siguiente fase o etapa de toda relación de pareja que es el matrimonio, donde unirán sus vidas en una convivencia permanente, con todas las características que ello implica.

Las parejas actualmente presentan cierto niveles de temor o rechazo a esta etapa de la relación pues esto significa dedicar múltiples experiencias como la de enfrentar un proyecto común de vida trascendental como el formar una familia y la convivencia. Es muy importante que toda relación de pareja transite estas etapas en el noviazgo para asegurar la solidez en la relación antes de emprender y decidir un matrimonio. La consolidación de la historia y el matrimonio, conviene destacar que cada vez son más las parejas que evitan dar el paso del matrimonio y acceden convivir en pareja sin organizar un evento nupcial como comúnmente se denomina contraer una unión libre.

La unión libre es considerada por muchas parejas como un momento crucial en las relaciones de parejas, pues explorar la convivencia, el respeto, la tolerancia y el buen trato antes de acceder a una decisión definitiva como lo es el matrimonio, y evitar iniciar una aventura desconocida. Cuando una pareja se casa, hace algo sobre lo que no sabe nada. Y de acuerdo con todos los indicios, cuando alguien lo hace más de una vez, no sabe más la segunda vez que la primera (Maureira, 2011)

El matrimonio es la base principal de la unidad familiar. Actualmente en nuestra sociedad, la familia es la unidad más integrada, la que mejor logra perpetuarse y la que se auto protege mejor. Básicamente, la relación matrimonial, es una relación postulada; un postulado es una conclusión, decisión o resolución sobre algo en pareja, cuando las personas dejan de postular un matrimonio, este deja de existir y pierde su valor emocional esto es lo que sucede a algunos de los matrimonios, muchas personas tienen la concepción del matrimonio como el estado donde dos almas se juntan, se acompañan en los momentos más difícil y también en los de dicha, se logran sintonizar en la misma frecuencia caminando hacia el mismo rumbo, disfrutando de la simpleza y grandeza de compartir todas sus actividades, como la unión de ayuda constante y apoyo mutuo en las cargas fuertes de la vida siendo este placentero para ambas personas (Maureira, 2011).

En la indagación social que se hace para determinar la razones de no permanencia en un matrimonio se argumenta muchas veces que los contratos como el matrimonio acaben generalmente en infidelidad y se desintegren. Cuando se da apertura al desinterés, por eso se es necesario continuar creándola y solidificando la relación de pareja en el matrimonio para que este postule estabilidad; y una familia que no continúa creándose como tal dejará de existir como familia.

En esta etapa de las relaciones de pareja, como es el matrimonio es importante destacar el impacto que se da por el crecimiento que a nivel conyugal tenga las parejas para seguir desarrollándose como fidelidad e intimidad progresiva tiene que superar algunos obstáculos, que son comunes a toda relación pasar por crisis y desilusiones más o menos conscientes y profundas no protege de la soledad y el desencanto, pues con el paso del tiempo y la convivencia la atención no puede estar tan centrada en el sueño de vida juntos como pareja, como equipo, como familia,

manteniendo algún estilo de vida acordado por que la atención, el tiempo y las energías se centran en el trabajo y el éxito profesional de cada uno como persona individual, en la crianza y educación de los hijos así que se disminuye la motivación y las oportunidades de vivir la intimidad y la comunicación entre la pareja. García (2014).

Los anhelos profundos de vivir un proyecto original y único se van apagando y el conformismo va ganando terreno dentro de la unión conformada cuando las personas tienen problemas con el matrimonio, es que esperan que funcione automáticamente. Creen que seguirá existiendo sin ningún esfuerzo de su parte; por desgracia, no es así. Un matrimonio es algo que existe en primer lugar porque cada cónyuge ha postulado su existencia y la continuación de esa existencia. Los matrimonios tienen éxito sólo cuando estos fundamentos están donde deben de estar y si de ambas partes de la pareja recibe la retroalimentación necesaria.

El proceso de crecimiento se ve necesariamente por momentos de desilusión, que es cuando los miembros de la pareja identifican defectos el uno al otro, ilustrando la realidad como sólo lo que creía ser, ni tan generoso, ni tan altruista, ni tan galante. Tampoco ella es tan cariñosa ni tan sociable ni tan atenta como se mostraba antes, es cuando se ve la inconformidad de pareja por que no se colmando algunas necesidades Pero como esto resulta una tarea muy ardua, resulta fácil responsabilizar el uno al otro de las decepciones e incoherencias dentro de la relación. La espiral del resentimiento se autoalimenta lejos de facilitar la comunión de vida y amor, lo que hace es afianzar la distancia y el vacío entre las personas agotando la relación matrimonial.

De hecho, desde la psicología se puede deducir que una de las razones por las que un niño se lastima es que trata de que sus padres se den cuenta de que tienen responsabilidades para con la familia. Las enfermedades de la infancia y todo ese tipo de cosas suceden inmediatamente después de problemas familiares, y en muchas relaciones todos estos vacíos emocionales son expresados en la relación de pareja. (Silva, 2014)

Panorama Actual de las Relaciones de Pareja

La relación de pareja puede ser una de las más importantes en vida de las personas ya que no sólo por el tiempo e intimidad que se comparten en ella, sino porque entre ellos se ayuda a crecer, una pareja puede tener conflictos que surjan de la relación en sí, como por ejemplo, problemas de comunicación, sexuales, de infidelidad, manejo de poder, etc. o puede tener conflictos que surgen fuera de la relación, pero que repercuten en ésta, como por ejemplo. La menopausia en la mujer, la jubilación, frustraciones personales, aumento de responsabilidades u horarios de trabajo de uno de los miembros de la pareja, problemas o enfermedades en la familia de origen o en la política, etc. (Silva, 2014).

Las parejas de hoy en día no se manejan con los mismos códigos, y en cada uno se determina un rol para mantener una satisfacción en pareja. Definiéndolo explorando la serie de capacidades vínculos y conductas complementarias con la otra persona, conociendo el mapa afectivo de cada uno para determinar el rol de cada uno dentro de la unión; para manejar la comunicación, manejo de conflictos, seguramente estos son elementos básicos para el establecimiento de una relación sana.

Reglas y Roles en las relaciones de pareja

Los roles en la pareja se han evolucionado ya que por cultura social la mujer tiene el rol de ama de casa, madre ejemplar, de la encargada de atender todo y acudir a todos los deberes sociales. Algunos hombres aún considera que ese modelo de mujer es necesario para que la relación funcione pero delimitar correctamente los límites de la pareja, es obligatorio, muchos hombres se sienten menos varoniles al dejar de ser el único que acuda a ciertas responsabilidades dentro de la pareja, o al tener que desempeñar alguna tarea doméstica.

Para acceder a roles dentro de la pareja es importante que ambos inicialmente aprendan a separar el dinero de la relación ya que es bueno que la pareja se sienta y ponga en claro desde cero la igualdad y reciprocidad de la relación puede que uno pueda trabajar menos horas o ganar más que el otro, el aporte tiene el mismo valor y no transforma inmediatamente al otro individuo en un

empleado al servicio del hogar. Es bueno delimitar los roles hogareños basándose en el compañerismo y el respeto mutuo como pareja. (López, 2016).

Determinar roles de pareja oportunos ayuda a establecer aspectos de relación sana y incrementar la inteligencia emocional de pareja positiva, empezando por compartir valores, a esto referimos que debe ser compatibles aunque no idénticos, es esencial basar la relación en la confianza, ya que la confianza en pareja se protegen como si fuesen propias, lo que ayuda en gran manera a la aceptación de diferencias, ya que ambas son libre de actuar y pensar como mejor consideran intercambiar opiniones y puntos de vista desde el respeto mutuo enriqueciéndose juntas desde el conocimiento y reflexiones del otro, otra característica de fortalecer una relación sana es tener place de compartir tiempo juntos. (López, 2016).

Una vez que la relación crece comienza el trabajo real después de que pasó la fase de descubrimiento, es fácil comenzar a sentirse cómodos con la pareja e incluso darle por establecido una consolidación en muchos factores. Si bien es cierto que no hay una fórmula mágica e infalible, sí hay muchas cosas que pueden hacer para que su relación dure mucho tiempo. Compartir un sueño, además de pagar cuentas, mantener limpia la casa y compartir responsabilidades, las parejas que tienen éxito logran desarrollan muy pronto un sentido del “nosotros” y comparten metas esto es ideal hacerlo al inicio de la relación, porque da una base sólida en la que pueden construir una vida en común.

Las demostraciones de cariño y afecto constante son necesarias para el crecimiento emocional de las parejas, esto es pieza clave para la duración de las parejas, pues al inicio de toda relación, todo es emoción, alegría, los enamorados entran en un estado permanente de euforia que con el transcurrir del tiempo se va desvaneciendo una vez que la relación crece comienza el trabajo real. El descubrimiento, es fácil comenzar a sentirse cómodos con la pareja e incluso darle por sentado. Si bien es cierto que no hay una fórmula mágica e infalible para la permanencia, pero sí hay muchas cosas que pueden hacer para que la relación perdure por mucho tiempo. (López, 2016)

Desarrollo de la Empatía y Asertividad en las Relaciones de Pareja

Dentro de la relación de pareja es importante adquirir conductas de empatía y generosidad con el otro, trabajar para construir una relación con conductas asertivas beneficia los momentos de crisis ya que se hace más fácil ofrecer disculpas cuando hay una equivocación. Errar es de humanos todos cometen errores, y parte del aprendizaje en el camino de la vida es reconocerlos. Aún más en pareja si se equivocan, aceptarlo y ofrecer una disculpa mejora la canalización de las adversidades dejando a un lado el orgullo y el ego siempre es la mejor elección para mantener el equilibrio y buena convivencia en pareja. (Ferrer, 2015).

Así mismo evitar sofocarse o absorberse evitar de dejar de ser uno mismo por la pareja, y para que eso suceda se necesita tiempo a solas. No es necesario pasar todo el día o hacer todo junto. Cuando ambos se dan tiempo para hacer lo que quieren y cuidar de sí mismos, están más enfocados y son más atentos el tiempo que están juntos, esto ayuda para recargar energías y que el estado de ánimo de cada uno mejore, factor que influye de manera positiva en la relación pues buen estado de ánimo y humor es una de las cualidades más importantes en una pareja aprender a reír de sí mismos, ayuda a evitar el estrés de tomar todo en serio excesivamente logrando manejar cualquier situación de forma más llevadera si aprenden a verla de una forma más ligera.

Esta asertividad en la forma de resolver ciertos conflictos o situaciones motiva a tratar de siempre mantenerse cercanos aunque esto no significa que se conviertan un mismo siendo capaces de tratar, aunque a veces sea muy difícil, de entender lo que la pareja piensa en alguna situación dada teniendo en cuenta que cada uno tiene sus propias ideas acerca del mundo. Aunque aun cuando sea una relación muy cercana, la pareja sigue siendo otra persona.

Los lazos de comunicación resaltan y se trabajan cuando se logra empáticamente hablar de todo desde detalles mínimos como un gusto, de cómo compartirán gastos, establecer límites familia y amigos; es necesario que se compartan la opinión para que puedan decidir de la mejor forma sobre cualquier tema que impacte a ambos. Muchas parejas manifiestan inconformidad al pasar el tiempo por que invade la monotonía en ellas, por eso siempre se debe buscar las formas de innovar las formas de expresar el cariño dando atención en la forma en que expresa este pues todas las personas se expresan su sentir de forma diferente, y es muy común que en las parejas surja la duda de saber si son amados en la misma medida por el otro y es necesario descubrir los patrones; una

vez que estos se identifiquen será más fácil entender que aun cuando las formas de mostrar cariño son diferentes, no significa que no haya amor. (Ferrer, 2015).

Esto permite que en la pareja se genere el compañerismo e idealismo de trabajar juntos por lo que se desea es decir si desean que su relación dure deben trabajar para que eso suceda. Sólo se obtiene lo que trabaja con esfuerzo, y toda relación debe tener ciertos elementos para perdurar, como el amor incondicional, confianza, aceptación y compromiso.

Muchas veces necesitarán tomar decisiones difíciles y hacer sacrificios, pero si creen que la relación vale la pena, trabajen en ella con mucho esfuerzo. Este trabajo además de ser de cierta forma cooperativo debe ser autónomo, y se debe de modificar, regular aquellas cosas personales que a nivel de pareja afectan tratando de buscar ser la persona con la que les gustaría esta evitar de enfocarse en lo que desearían del otro, intentando el trabajo interior y convertirse en la mejor versión de sí mismos y tener una relación en pareja plena teniendo en cuenta que no necesitan una persona que llene sus vacíos, sino una persona que complemente y enriquezca su vida.

Se escucha decir muchas veces que para tener una buena relación la comunicación de pareja es lo más importante, realmente esto es cierto, una pareja que mantiene los canales de comunicación abiertos, se enfoca en identificar las debilidades como pareja y trabajar en ellos. Todos los humanos necesitamos comunicarnos, porque esa comunicación es en absoluto necesaria para nuestro bienestar psicológico y favorece todos los contextos donde diariamente nos desenvolvemos. (Ferrer, A 2015).

Comunicación en las Relaciones de Pareja

La comunicación va más allá de si se habla o no se habla, o de cuanto se habla la comunicación tiene más que ver con lo que se dice y cómo se dice pues en la pareja ambos son receptores diferentes. La mayoría de los errores que se suelen cometer en la comunicación de pareja tiene que ver con no saber expresarse adecuadamente o por las faltas de respeto hacia uno mismo o hacia la otra persona, es decir se imponen los criterio creyendo que cada punto de vista es mejor que el de nuestro compañero o compañera, lo que nos lleva a expresar defectos y quejas de la pareja con frecuencia, en ocasiones de forma exagerada. (Ferrer, 2015).

En pareja siempre se comete el error que se quiere que la otra persona sea como queremos ignorando los puntos de vista o creencias de nuestra pareja, dándole poco interés y evitando que la pareja se exprese de forma libre, mucha veces se manipula en la comunicación hasta obtener lo que alguno de los dos le interesa y se por hecho que va a decir y le interrumpimos constantemente, por ejemplo, hay quien cree que su pareja debe saber leer los silencios, las miradas, las acciones y no están en lo correcto, pero cuando sobreviene cualquier problema, sea grave o poco complicado, se va a solucionar mucho mejor si entre ambos las cosas se dicen con claridad y en el tono adecuado ya que la comunicación interpersonal es no solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humano la calidad de las mismas determina quiénes hemos llegado a ser como personas.

El resultado de pautas erróneas de comunicación de pareja puede debilitar la relación, hasta el punto de la ruptura en muchos casos. Por eso es importante que prestemos atención a la forma y el modo que tenemos de comunicarnos con la pareja, atender a los gestos, postura del cuerpo, el tacto, el contacto visual y el tono de voz constituyen 93 por ciento de la comunicación; las palabras, sólo 7 por ciento. Pon atención a tus propias señales no verbales y lo que podrían transmitir a tu cónyuge. El tacto es una potente forma de comunicación no verbal; así que, al hablar, hagan un esfuerzo intencional para tocarse con cariño. (Tapia, 2008).

Independientemente de si en nuestra comunicación de pareja somos agresivos, pasivos o manipuladores, existe un término medio llamado asertividad, al alcance de todo el mundo y con el que podemos empezar a practicar para mejorar nuestra relación. La comunicación favorece al desarrollo de la empatía en las relaciones de pareja y ayuda de manera constante a que esta mejore, para ser empático basta con ponerse en el lugar del otro suena fácil y hasta cliché. Lo realmente difícil y novedoso es lograrlo a través de la conexión emocional y creando lazos de asertividad.

La asertividad no es más que una forma de expresión mediante la cual, se busca el respeto hacia uno mismo y hacia los demás de expresar los pensamientos, los sentimientos y la forma de ver el mundo a través de las palabras o gestos, de forma tranquila y apropiada, al mismo tiempo que conocer los sentimientos y pensamientos del otro para comprenderlo mejor. (Tapia, 2008).

Practicar la asertividad ayuda a expresar las necesidades en la relación de pareja así como entender las de nuestro compañero. Ser asertivos nutrirá nuestra relación permitiéndonos expresar

nuestro punto de vista y mejorando nuestra comunicación de pareja. Aprender a escuchar para mejorar la comunicación sirve como puente para fortalecer dicha asertividad pues se trata de guardar silencio resignadamente esperando el turno para defender o para expresar tu punto de vista o postura, dar un consejo o incluso juzgar los sentimientos y la situación.

Se trata entonces, no solo de silenciar la voz, sino también los pensamientos. Detener de manera consciente el dialogo interior para realmente entender al otro. Casi siempre, en medio de una discusión mientras se permanece en silencio se buscando en la mente las palabras y los hechos para poder responder, pero casi nunca se está atento a lo que la pareja dice, es por eso que nunca se llegan a acuerdo reales. Escuchar empáticamente significa disponerse a ello, comprender el sentir cuando la pareja manifiesta sentirse triste, sola, o decepcionada o cuando dice me siento molesto, asfixiado, agotado, se debe manejar una calma y no apresurarse a una respuesta, tan solo escucha, dejar que la pareja se desahogue, que diga todo lo que piensa. (Martínez, 2013).

En las relaciones de pareja esta la probabilidad de apreciar ciertas cualidades o acciones, algo de su aspecto, de su carácter, algo que dice o que hace, o que lo caracterice. Expresar verbalmente o de otra forma lo que apreciamos de la pareja es bueno para ambos, ya que los dos lograrán sentirse mejor para el entorno de pareja ayuda a mejorar, notablemente si en vez de quejas o críticas hubiera más muestras de aprecio disminuirán potencialmente la probabilidad de los conflictos entre la pareja ya que el aceptar las muestras de afecto y los cumplidos es posible que la pareja exprese su aprecio mutuo resaltando la sinceridad.

Otro punto importante se refiere al error de esperar que la pareja haga algo sin decírselo en ningún momento. Todas las personas tienen el derecho de expresar lo que desean, pero si no lo hacen, se debe comprender que los demás no tienen por qué adivinarlo, por más tiempo que lleven juntos y por más que se conozcan. Si realmente se quiere algo, hay que expresarlo de la manera apropiada. Siendo claros en lo que se piensa o cómo se siente de una forma que sea positivo o negativo, pero siempre desde el respeto hacia el otro. No hay mejor manera de la tu pareja entienda que mostrando asertividad y empatía en la forma de expresión (Tapia, 2008).

Problemas y Conflictos en las Relaciones de Pareja

Se considera que es fácil hacer una discriminación correcta de las áreas de conflicto de una pareja abarcando todas aquellas en las que se mueve la relación. Las disputas en las parejas enfocándonos aún más en aquellas que tienen un matrimonio se dan a menudo sobre las responsabilidades (quien se encarga de hacer las cosas) y el poder (quien decide lo que hay que hacer), las finanzas y gastos, las relaciones con miembros de la familia de origen o relaciones sociales, el cuidado de los hijos, actividades personales y de trabajo fuera de la familia, sexualidad e intimidad y la comunicación. (Tapia, 2008).

Hay algunas áreas en las que los problemas aparecen con frecuencia, por ejemplo, la percepción de desigualdad en la distribución del trabajo, pero no son irresolubles y, en general, no dan lugar a la ruptura; aunque amargan la relación. Sin embargo, hay otras fuentes de conflicto que atacan a la propia constitución de la relación de pareja, como el sexo extramatrimonial, la bebida y las drogas, que predicen el divorcio con bastante seguridad pues uno de los miembros de la pareja por lo general no está dispuesto a someterse a aceptar este tipo de conductas, que con el pasar del tiempo desgasta la convivencia y buen trato.

En el mismo sentido hay que considerar los celos y el exceso de control que se quiere imponer en las parejas los conflictos en la pareja se pueden agrupar alrededor de los aspectos fundamentales que estructuran la pareja como lo es la dominancia está afecta el balance entre el poder y control en la toma de decisiones de la pareja. La propia existencia de una relación de dominancia en la pareja se ha mencionado como causa de conflictos y de injusticia, sobre todo desde el punto de la teoría de unas relaciones equitativas; pero no se ha demostrado empíricamente que sea así. (Maureira, 2011).

Puede darse la dominancia sin que aparezca o se perciba ninguna distorsión, siempre y cuando la otra persona lo acepte. Además la toma de decisiones tiene la característica de ser una habilidad escasa y difícil y por ello un bienpreciado. El apoyo que cada uno obtiene de la pareja en la toma de decisiones individuales o conjuntas, puede ser uno de los refuerzos básicos que se obtiene de la relación. Por ello aunque exista una relación de dominancia de un miembro sobre el otro puede ser considerada como algo aceptable e incluso deseable porque evita la tarea

desagradable de tomar decisiones se considera que el poder, el ejercicio de la dominancia, es reforzante en sí mismo.

Así como la intimidad es un refuerzo importante para cada componente de la pareja y es fácil reconocerlo como tal. El ejercicio del poder también lo es, no solamente porque permite acceso a determinados bienes, sino por la percepción de control y de autoeficacia que obtiene quien lo ejerce. La persona que está asfixiada en su trabajo o en sus relaciones sociales podría buscar en la pareja la validación que le falta, y no solamente a través de la intimidad, sino por sentirse poderoso al ejercer el poder en un ambiente social significativo como es la familia o la pareja. (Tapia, 2008)

Los problemas se pueden dar en ámbitos que afectan a los dos aspectos, intimidad y dominancia. Por ejemplo, las relaciones con las familias de origen es fuente corriente de conflictos. Si no se ha producido la separación necesaria para construir la intimidad o si padres o hermanos interfieren demasiado, y tienen excesivo peso en la toma de decisiones dentro de la pareja, se introducen elementos distorsionadores que provocan dificultades importantes. Muchas veces la forma en la que aparecen estos problemas en la consulta, es por medio de quejas de que existe un desequilibrio en las relaciones con las familias de ambos. Es importante que se haya establecido un espacio para tomar las decisiones con el suficiente grado de intimidad, para lo que se tiene que haber dado la separación real de la familia de origen de las emociones (Maureira, 2011).

Acumular las emociones, es lo más tóxico que se puede ejercer como pareja por el acumular consume internamente a la persona, la agota hasta el punto que explote algún día, por eso se debe considerar que es importante buscar la oportunidad para mejorar el aspecto emocional de la comunicación con la pareja para mejor aspectos y entornos que se conforman con ella como lo son familia y aprender diversas estrategias para comunicarse. Cuando la pareja busca canales correcto de comunicación sabe encontrar la forma de señalar errores y ser cuidadoso con las acusaciones, pues es muy fácil dejarse llevar por la ira y culpar a nuestra pareja de lo mal que nos sentimos. Así que para evitar enfrentamientos que no llevan a ningún lado, lo mejor es hacer preguntas en vez de acusaciones.

Comentar lo que hace la pareja sin calificarla. Por ejemplo: Me he fijado que últimamente te olvidas la ropa tirada en la cama después de cambiarte, en vez de, Eres un desastre, cada vez que

te cambias dejas el cuarto empantanado. Evitar las generalizaciones como siempre o nunca. Por ejemplo es mejor decir: Últimamente no estás sacando la basura. A decir: Nunca sacas la basura. Usar en nuestra conversación términos adecuados para expresar las molestias pienso, siento, hagamos, quiero, qué piensas, qué te parece, cómo podemos resolver esto, me gustaría. Existen múltiples expresiones y formas asertivas que podemos emplear en nuestras conversaciones para crear un clima más agradable.

Recordar que mantener una comunicación asertiva con la pareja no garantiza la ausencia de discusiones y problemas, pero sí que facilita una comprensión y un respeto mutuo que se irá forjando poco a poco ya que en toda relación interpersonal implica competición por el poder. Al ser más íntima y transparente, la relación es por una parte, un bálsamo para las diferencias, pero, por otra parte, es sal para las limitaciones de cada uno. Es la lucha por el poder no solo es por ejercer control sobre el otro también cabe destacar que se lucha por el poder de los afectos, el de las decisiones, el de las razones.

Como en toda relación, el poder se distribuye y se reparte. A ves pacíficamente, otras veces por conquista. Y se llega a un equilibrio. Acontece sin embargo, que algunas parejas no se contentan con esa distribución equitativa y que esta se prolongue por la lucha por la superioridad. Ahí está la raíz de cantidad de discusiones y conflictos de las parejas porque uno de los dos siempre necesita mostrarse superior de cierta forma al otro, y que como tal se le reconozca. (Maureira, 2011)

Para el crecimiento y potenciación de una relación se considera que la fidelidad, el respeto, la tolerancia, y las formas creativas y amorosas de demostraciones de afectos de la pareja es importante pero lo que realmente imprescindible es el perdón lo que implica la capacidad para reconocer las propias limitaciones en la pareja se refleja en dos formas esenciales: pedir perdón y dar el perdón. El resultado es la reconciliación. Sin ella no hay crecimiento y maduración del amor conyugal y estabilidad como pareja, ni de la construcción del amor fraterno.

Marco Contextual

La presente investigación trabajará con dos parejas de casados procedente de Municipio de Mocoa, Departamento de Putumayo, Colombia En este municipio según el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) censo 2005 y proyectado a 2016 se tiene 42.882 personas.

El Municipio de Mocoa está ubicado sobre el Piedemonte amazónico, al noroeste del Departamento del Putumayo, en las coordenadas; 1°08' Latitud Norte, y 76°38' Longitud Oeste. Cuenta con una extensión de 1.263 Kilómetros cuadrados y presenta alturas que oscilan entre los 350 y 3.200 msn.m.

Marco Legal

A continuación se dará a conocer las leyes que acogen el proyecto de ley 082 de 2015 cámara por medio del cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan de Beneficios y se dictan otras disposiciones. De esta forma, el Congreso de Colombia (2015) decreta:

De acuerdo al **Artículo 1°** la presente ley tiene como fin reconocer la infertilidad, como una enfermedad que afecta y restringe el pleno goce de la salud humana, y garantizar el acceso total a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción y a las técnicas de fertilización reconocidas por la (OMS; citada en el Congreso de Colombia, 2015) a través de su inclusión en el Plan de Beneficios.

Artículo 2° Definición.

La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas. A su vez, se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo.

Artículo 3° Campo de aplicación.

La presente ley se aplicará a todos los ciudadanos afiliados en el Sistema de Salud Pública del Estado colombiano para garantizar el derecho igualitario a todos los usuarios.

Artículo 5°

Inclusión en el plan de beneficios. Se incluirán en plan de beneficios, dentro de la atención por parte del Estado y los particulares que participan del Sistema de Salud, entre otros procedimientos y tratamientos: la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca el Ministerio de Salud.

Igualmente quedarán incluidos los procedimientos de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Parágrafo.

El Ministerio de Salud en un plazo no mayor a seis meses a partir de la expedición de la presente ley, deberá reglamentar específicamente la atención para el tratamiento de la infertilidad dentro del Sistema de Salud.

Artículo 6°

Requisitos para acceder a la atención. Además de lo establecido en el artículo 2° de la presente ley, para acceder a sus beneficios, las personas deberán ser ciudadanos colombianos o tener un mínimo de 5 años de residencia en nuestro país, haberse diagnosticado problemas de infertilidad verificables por un profesional competente, comprobarse la necesidad en dicho paciente, demostrar que no cuenta con los recursos necesarios para costear el tratamiento. Tendrán prioridad aquellas parejas que aún no hayan tenido hijos (infertilidad primaria). Se contemplarán los tratamientos de alta complejidad que deberán ser analizados por un Consejo Médico Consultivo de Fertilidad Asistida y un Comité de Bioética que abordará casos específicos.

Artículo 7°

Centros de atención especializada. El Estado y los particulares que participan del Sistema de Salud desarrollarán, en la órbita de sus competencias, todas aquellas actividades que sean necesarias para que quienes soliciten tratamientos para la fertilidad accedan al procedimiento en condiciones de oportunidad, calidad, seguridad y obligación de garantía, para lo cual será imperativo asegurando, de esta manera, que dentro de las redes públicas de prestadores del servicio de salud se cree e implemente los centros de atención especializada en las diferentes empresas sociales del Estado departamental, distrital y municipal que garantice el servicio y cuente con el personal médico profesional idóneo y suficiente.

Artículo 9°. Asociaciones público privadas.

Para los propósitos de la presente ley, y con el fin de garantizar la cobertura de los procedimientos de reproducción asistida, se podrán establecer Asociaciones Público Privadas, cuando estas últimas cuenten con la infraestructura, la tecnología y el equipo humano necesario en procedimientos de alta y baja complejidad para prestar de manera oportuna los tratamientos requeridos.

Artículo 10. Formación de Talento Humano.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación llevarán a cabo las acciones necesarias para fomentar la oferta educativa de alta calidad e innovación en los temas relacionados con este proyecto de ley.

Artículo 12.

Dentro de los términos que establezca el Ministerio de Salud, una persona podrá acceder a un máximo de cuatro (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción medicamente asistida de baja complejidad y hasta tres (3) tratamientos de reproducción medicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos de tres (3) meses entre cada uno de ellos.

Artículo 13.

El Ministerio de Salud llevará a cabo campañas de información y de difusión de cuidados de la fertilidad haciendo hincapié en la importancia de la edad de la mujer, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados, la prevención de infecciones que puedan afectar la fertilidad, control de enfermedades que incidan en la fertilidad, la interacción con el medio ambiente y su impacto en la fertilidad.

Metodología

Enfoque Metodológico de Investigación

La presente investigación cuenta con un enfoque cualitativo ya que se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto.

Busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados. Es decir, estudia la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. Empleando la recolección de datos sin medición numérica con el fin de descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Hernández; Fernández, y Baptista, 2010)

Tipo de investigación

Se realiza una Investigación de tipo exploratorio descriptivo, ya que se está estudiando un problema de investigación poco trabajado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes, en lo que respecta al programa. Además busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández; Fernández, y Baptista, 2010, p. 85).

De esta manera busca analizar la dinámica de pareja en relación a la infertilidad a través de un estudio cualitativo que proponga estrategias para la redefinición de la relación a futuro en cuanto a la comunicación, reglas y roles.

Diseño de Investigación

La investigación cuenta con un diseño de tipo exploratorio descriptivo, puesto que su objetivo radica en analizar un tema de investigación poco estudiado y a su vez busca especificar características y rasgos importantes de un fenómeno, describiendo tendencias de un grupo o población (Hernández; Fernández, y Baptista, 2010)

Población

La población escogida para la realización de la investigación es procedente la capital de Mocoa del departamento de Putumayo, Colombia. Este municipio según el DANE censo 2005 y proyectado a 2016 se tiene 42.882 personas.

Muestra**Criterios de Inclusión de la Muestra**

Edades entre 27 y 35 años

Estado civil casados

Una pareja con Diagnóstico de Infertilidad

Heterosexuales

Nacidos en la ciudad de Mocoa- Putumayo, Colombia

La investigación se lleva a cabo por medio de un muestreo por conveniencia, donde “la elección de los elementos se tuvieron en cuenta las características propias de la investigación, de esta manera fue dada bajo criterios del investigador y no de la probabilidad” y se da cuando hay casos disponibles a los cuales los investigadores tienen acceso. (Hernández; Fernández, y Baptista, 2010, p. 176, 401).

Categorías de Investigación.

Se definen en base a los objetivos de esta monografía de investigación tres categorías de análisis que orientan el proceso investigativo mediante la construcción de las técnicas para la recolección de información.

Comunicación: Según Feixas et al. (2016) “centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que ocurre *entre* las personas, en lugar de lo que ocurre *dentro* de ellas” (p. 20). Por tanto, la comunicación requiere de la interacción de dos o más personas para que puede darse y entenderse, puesto que, parte de la idea de que lo que se hace, sin importar que, siempre tiene un valor de mensaje que se desea transmitir al otro.

Reglas: De acuerdo a Minuchin y Fishman , 1984; citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016) las reglas son “ todas aquellas estipulaciones que limitan y rigen la conducta o comportamiento de los miembros de la familia, que deben cumplirse por estar así convenido por una colectividad”.

Roles: Los roles son definidos por Minuchin y Fichman, 198); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016) como aquellos papeles que juegan los miembros de la familia y que por tanto conllevan a organizar la estructura familia

Técnicas o Instrumentos

Entrevista semiestructurada

Se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas) (Hernández; Fernández, y Baptista, 2010, p. 416).

Procedimiento

Fase I.

Recolección de Información y Diseño de la Investigación. Por lo cual se basó en el desarrollo de la justificación, objetivos, problema de Investigación y metodología

Fase II.

Aplicación de los instrumentos a la población, y entrevista semiestructurada. Recolección de los datos de acuerdo a tres categorías: comunicación, reglas y roles.

Fase III.

Análisis de los datos. El objetivo de esta fase, es el análisis y reflexión acerca de los datos obtenidos, elaborando la discusión, conclusiones y finalmente las recomendaciones establecidas para esta monografía.

Presentación de Resultados

Entrevista a la pareja

Categoría	Pareja C y R	Análisis de Resultados
Comunicación		
<p>1. ¿Qué razones lo llevaron a buscar una opinión profesional que le diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos?</p>	<p>Hace como dos años quedamos en el acuerdo de intentar tener hijos, pero luego de intentarlo y ver que no había resultado alguno de embarazo fui al médico a los tres meses después de ese tiempo, donde me dijeron que yo padecía de ovario polisquistico y que debido a eso las probabilidades de tener hijos eran muy pocas, pero a pesar del diagnóstico decidimos seguir intentado sin que haya habido un resultado favorecedor hasta el momento.</p>	<p>De acuerdo a lo que expresa la pareja al tener conocimiento del diagnóstico inicialmente se dio un distanciamiento y una escasa comunicación en la que se veía la culpabilidad del esposo hacia su pareja es donde la posibilidad de hablar sobre la situación entre la díada se ve bloqueada o distorsionada por la presencia lo sentimientos de rabia de, dolor, tristeza negociación, y por ende, un anterior conflicto que cierra todas las posibilidades de un acercamiento entre la pareja, a nivel afectivo, sexual, emocional expresado</p>
<p>2. ¿Cómo describiría la comunicación con su pareja luego del conocimiento</p>	<p>Pues, hay que reconocer que debido a las ganas que ya teníamos de tener un hijo y a que el medico nos dijera que las posibilidades era nulas la comunicación entre nosotros para</p>	

- de la situación actual? hablar acerca de lo que había pasado era muy difícil, debido al mismo dolor que nos daba el hecho de no llegar a cumplir lo que deseábamos. Por eso nos distanciamos un poco, casi no hablábamos solo lo necesario como cuentas y cosas de la casa como tal pero no de nosotros. además en los comportamientos y expresiones específicas del esposo al distanciarse por el no afrontamiento mutuo de la adversidad ya que era un proceso que juntos debían acompañar.
- No obstante, se muestra una equifinalidad entre la pareja a pesar de las condiciones iniciales adversas dándose un acercamiento entre los esposos que denota interés por que la relación continúe para lo cual se evidencian acuerdos, reglas sobre la toma de decisiones, el apoyo antes las situaciones adversas, el cumplimiento de responsabilidades maritales, económicas y del hogar, un acercamiento y fortalecimiento del plano afectivo y sexual al darse una comunicación funcional que hace que sus expresiones tanto verbales como no verbales se centren en el deseo de permanecer en la
3. ¿Suelen expresarse palabras que lo inculpen sobre la situación por la que están pasando? Si, en algunas ocasiones nos culpábamos por no haberlo intentado antes, o por no haber tenido un control médico.
 4. ¿Ha observado cambios en la dinámica sexual con su pareja a partir del diagnóstico? Si, los primeros meses fueron bastante difíciles debido a que nos distanciamos bastante, porque realmente no sabíamos cómo afrontar la situación.

5. ¿Ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?
- Pues, debido a que hemos intentado por bastante tiempo tener hijos y que no se ha dado y que actualmente no contamos con el dinero suficiente para poder acceder a algún método de reproducción entonces estamos pensando mejor en adoptar, pero es algo que estamos hablando aun
- relación. A su vez, se contempla la opción de ser padres por medio de la adopción.

Reglas

- | | | |
|---|--|--|
| <p>6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico?</p> | <p>Algo que cambio al principio durante la asimilación de no poder tener hijos fue el apoyo a la situación, e hablar y establecer que decisiones tomar. Por lo que solo hablábamos para los gastos de la casa, lo que había que pagar pero cada uno era por su lado. Ahora ya estábamos bien, y tratamos de ayudarnos en todo lo que podemos</p> | <p>Las reglas en la relación de pareja se ven distorsionadas, a raíz del diagnóstico puesto que al darse una comunicación disfuncional enmarcada o inculpación, reglas difusas en cuanto al cumplimiento de las reglas establecidas antes de la situación.</p> <p>Dando paso a la ruptura de normas como el apoyo continuo, la toma de decisiones en conjunto, el interés por el otro afectivo y sexualmente, el compromiso y el estar para el otro. Por el contrario se daba un desequilibrio y desestabilidad de los lazos</p> |
| <p>7. ¿Consideran que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico?
¿Por qué?</p> | <p>Si, al principio cuando apenas estábamos asimilando el hecho intentar y de no poder. Ya no hablábamos, no nos apoyábamos en nada, cada uno era por su lado, yo encerrada y el casi no se la pasaba en la casa. Pero ahora</p> | <p>Dando paso a la ruptura de normas como el apoyo continuo, la toma de decisiones en conjunto, el interés por el otro afectivo y sexualmente, el compromiso y el estar para el otro. Por el contrario se daba un desequilibrio y desestabilidad de los lazos</p> |

después de hablar de aclarar que decisiones a tomar, a pesar del dolor que nos genera el no tener hijos propios, de aceptarlo todo ha mejorado

maritales que inicialmente los llevo a querer separarse por el no afrontamiento de la situación, y el dolor que cada uno vivía individualmente.

8. ¿A quién o quienes acudieron después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo) ¿Por qué??

C: Yo a la primera persona a la que le dije fue mi mamá y a mi hermano como ya le había comentado porque sabía que para mi esposo era difícil y muy doloroso enterarse de lo que me había dicho el medico

Si bien, esto se presentó inicialmente ahora, retomaron su relación, hay una homeostasis relacional enmarcada por una reciprocidad psicológica afectiva y sexual y emocional

R: Yo ese día solo quería salir de la casa, no hablar con nadie, tenía mucha rabia y me sentía impotente

9. ¿Ha pensado en replantear su proyecto de vida con su pareja a partir de la situación actual?

Aunque los primeros meses fueron difíciles para los dos, hasta el momento estamos tranquilos y estamos contemplando la posibilidad de adoptar y poder conformar una familia

10. ¿El vínculo sexual aún sigue siendo importante o se han establecido otras prioridades a partir del diagnóstico?
¿Cuales?
- Sí, es algo que nos ha unido como pareja, ya ante el diagnóstico no podemos hacer nada entonces tratamos de ver lo mejor y centrarnos en nuestra relación

11. Considera que el diagnóstico se ha involucrado en los roles que desempeñaba tanto usted como su pareja en la relación? ¿Cómo lo describiría?
- Actualmente no, nosotros sabemos que cada uno debe aportar al hogar, que debemos apoyarnos ate cualquier situación. Pero al principio si como ya dijimos cada uno hacia sus cosas, el a veces no llegaba a la casa y yo a veces solo me la pasaba encerrada por lo que era como si no estuviéramos casados.
- En cuando a los roles se evidencia una gran dicotomía en las etapas iniciales del diagnóstico, representado por una secuencia de conductas del esposo hacia su pareja enmarcadas por desinterés, inculpación, decisiones individuales, sentimientos de rabia, dolor, impotencia, frustración, dolor que generó una ruptura en la causalidad circular de la pareja, en el sentido que no había una reciprocidad, actitudes que favorecieran la relación, por el contrario al esposo desvincularse de su rol como conyugue dio pasó a una reorganización del papel de la esposa que pasó a ejercer el de la pareja como tal. Siendo la que estaba al pendiente de las responsabilidades económicas, del trabajo y del dolor no solo por la ausencia de un embarazo además por la ausencia de su marido.
12. ¿Quién optó por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual? ¿A qué considera se debe esto?
- Al principio, cada uno tomaba las decisiones sobre cada uno, porque tal vez la rabia por la misma situación y el dolor que cada uno tenía no nos permitía acercarnos. Pero ahora consideramos importante que para que la relación funcione debemos tomar las decisiones juntos.
13. ¿De qué forma han intervenido su familia y/o amigos para que opten sobre alguna decisión
- Las decisiones que tomamos sobre nosotros y sobre el adoptar o no que hasta ahora lo estamos viendo como opción solo lo hablamos entre nosotros. Ya la decisión final por la que optemos

frente a la si se las comentamos a ellos frente al afrontamiento de la situación porque desde siempre no san situación.
 actual? apoyado en nuestras decisiones y no han tratado de intervenir en ellas.

14. ¿Cuáles sentimientos predominan tanto en usted como en su pareja a partir del diagnóstico? ¿Esto de qué manera ha intervenido en el comportamiento o actitudes de la pareja?
- Teniendo en cuenta, que hemos hablado de nuestra relación de que no queremos que esto se termine, hemos tratado de estar más el uno para el otro. Porque a veces sentimos tristeza por no poder tener hijos propios, que a pesar del tiempo aun nos sigue generando un poco de dolor. Pero sabemos que nos tenemos el uno al otro y que apoyándonos podemos salir adelante.

15. ¿Qué cambio, a nivel sexual y/o afectivo considera se ha generado en su pareja a raíz del diagnóstico de
- Al principio fue demasiado notoria la distancia entre nosotros dos, hasta el punto que tal vez íbamos a separarnos. Pero ahora nos sentimos más unidos, porque sabemos que no es culpa de ninguno de los dos, que podemos

infertilidad? adoptar, es una de las
¿Cuáles posibilidades así que por ahora
considera han solo centrarnos en nuestra
sido más relación, en disfrutar de nuestra
perceptibles? compañía, en nuestros trabajos y
familias.

Entrevista redes de apoyo

Categoría	Red De Apoyo (Mamá)	Análisis De Resultado
Comunicación		
<p>1. ¿Qué razones considera que llevaron a la pareja a buscar una opinión profesional que le diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos con su pareja?</p>	<p>Mi hija me había comentado varias veces que ella y su marido tenían muchas ganas de tener un hijo y más el marido, nos decía, que ya era hora de tener un hijo, que nunca le iba a faltar nada y que sería muy feliz teniendo un hijo con ella. Y ya los dos con deseos de tener un hijo, me cuenta mi hija que lo intentaron durante mucho tiempo, imagínese ¡como más de dos años! pero ella nada que quedaba embarazada y me decía “mamá, ya lo hemos intentado muchas veces pero nada que logro quedar embarazada y eso me</p>	<p>Teniendo en cuenta la información recolectada una vez realizada las entrevistas a los miembros de la pareja y en este caso la red de apoyo primaria (madre de la esposa), se puede establecer que después de un largo tiempo de estar intentando quedar en embarazo, deciden recurrir a un especialista, buscando respuestas, del porque no logra quedar embarazada, donde es diagnosticada con ovario poliquístico.</p>

preocupa y mi esposo tiene muchas ganas de que le deje un hijo y no sé qué estará pasando”. Hasta que una día llegó y me dijo, que el médico le había mandado a realizarse unos exámenes, para ver que estaba pasando. Después de unos días llego llorando acá a la casa y me conto que el médico le había dicho que tenía un ovario poliquístico, lo que le impedía que ella pudiera tener hijos.

2. ¿Cómo describiría la comunicación de la pareja luego del conocimiento de la situación actual?

La verdad ellos tuvieron muchos problemas, él se alejó muchos de ella casi no la hablaba, en ocasiones la trataba mal, hasta insultos llegue a escuchar, pero eso fue solo por un tiempo, porque después las cosas fueron volviendo a la normalidad y el entendió que no dependía de ella y fueron mejorando las cosas.

La comunicación de la pareja se torna complicada, debido a los diferentes inconvenientes que se presentan una vez el marido se entera del diagnóstico de sus esposa y la darse cuenta que el sueño que el tenia de ser padre, se ve frustrado, lo cual interfiere en su

comunicación, hasta llegar a no dirigirse la palabra y pasar a insultos o agresiones verbales.

- Si el muchas veces le gritaba que por que no era capaz de darle un hijo, que lo dejara en paz que si no serbia para eso, entonces que no lo moleste, eso fue lo que yo me di cuenta en varias ocasiones y mi hija también llegaba llorando a mi casa a contarme, que ya no aguantaba más, que él era muy duro con ella y que la juzgaba por no ser capaz de darle un hijo.
3. ¿ha evidenciado si los miembros de la pareja suele expresarle palabras que lo culpen sobre la situación por la que están pasando?
- Teniendo en cuenta, que es una situación muy complicada a la que se están enfrentando los miembros de la pareja y en este caso él esposo quien se ve más afectado frente al diagnóstico de infertilidad, culpa y señala a su esposa por no cumplir los sueños de ser padres, llegando hasta tal punto de agredir verbalmente a su esposa.

- Observado no, pero mi hija si me ha contado varias cosas porque ella confía mucho en mí, y me dijo que el ya no la tocaba, no le
4. ¿Ha observado cambios en la
- Los cambios que se presentan en la pareja

dinámica sexual en la pareja a partir del diagnóstico?

daba un beso ni nada por el estilo durante cierto tiempo cuando llegaba a la cama lo son notorios, debido a único que hacía era darle la que el esposo opta por espalda y así se quedaba refugiarse en el rechazo dormido, pero eso fue solo por hacia su esposa, un tiempo porque mi hija me alejándose totalmente de comento y nosotros nos pudimos ella y dejando de lado el dar cuenta que después de mes y vínculo sexual y afectivo medio, ya andaban juntos otra, y que llevan en su de un tiempo para otro fueron relación. mejorando las cosas para bien.

5. ¿Usted sabe si la pareja ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?

Lo que ellos me han dicho, es que quieren adoptar un bebe, pero no por ahora si no más adelante, es que el deseo más grande de ellos es tener un bebe en la casa que le alegre la vida y que ellos puedan darle todo lo que necesite y por supuesto el amor de una familia y ser felices.

Debido al diagnóstico de infertilidad se puede evidenciar teniendo en cuenta las entrevistas realizadas a los miembros de la pareja y la red de apoyo primaria, que la pareja contempla la posibilidad de la adopción en un futuro, pero también descartan la posibilidad de recurrir a las técnicas de

reproducción asistida, debido al largo proceso y compromiso que requiere el tratamiento y no se encuentra dentro de sus posibilidades económicas para realizar algunas de estas técnicas de reproducción asistida.

Reglas

6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico?
- Es que ellos siempre han sido muy unidos y lo primero que dijeron antes de casarse es que se iba apoyar en todo y siempre lo han hechos, solo que después de saber que ella no podía tener hijos, fue que se complicaron un poco las cosas, pero como le digo solo fue solo un tiempo porque después todo volvió hacer como antes, ellos desde un principio compartían todos los gastos, se consultaban todo lo que iba hacer el
- Se produce una desestabilidad en la relación, provocada a raíz del diagnóstico de infertilidad, donde se genera una rotura frente a las normas establecidas desde un inicio, lo que genera un desequilibrio en el hogar. Como lo refiere Tapia (2008). Se considera que es fácil hacer una discriminación correcta de las áreas de conflicto de una pareja abarcando todas aquellas en las que se mueve la relación. Las disputas en

otro y siempre tenían en cuenta lo que la otra le gustaba antes de tomar una decisión. las parejas enfocándonos aún más en aquellas que tienen un matrimonio se dan a menudo sobre las responsabilidades (quien se encarga de hacer las cosas) y el poder (quien decide lo que hay que hacer), las finanzas y gastos, las relaciones con miembros de la familia de origen o relaciones sociales, actividades personales y de trabajo.

7. ¿Considera que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico? ¿Por qué?
- Si en el momento cambiaron, porque el cambio mucho, por lo que él se desentendió totalmente de ella, no contaba con ella para nada, cada uno tomaba sus propias decisiones y él hacía lo que quisiera sin consultarle a ella, también la mayoría de las responsabilidades
- Se dejan de lado las reglas que se establecieron en un inicio, evidenciando que el miembro de la pareja, en este caso el esposo, opta por desentenderse de sus esposa y de sus obligaciones, que

recayeron en ella, como corresponden a los hacerse cargo de los gastos de la casa y no estaban habiendo lo que acordado en un inicio que se iban a apoyar en todo. gastos económicos que se habían acordado en un inicio que se iban a compartir, los cuales quedan bajo la responsabilidad de su esposa en totalidad.

8. ¿A quién o quienes acudió ella después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo)? ¿Por qué?

Ella me dijo que había salido de la clínica y se vino directamente para mi casa a contarnos, por me dijo que no era capaz de contarle o que no se sentía capaz de hablar con el después de recibir esa noticia y pues aquí en la casa estábamos los mi hijo y yo y llego y se puso a contarnos lo que le había dicho el médico y casi no podía hablar y lo que más le preocupaba a ella era como iba hacer para contarle a su esposo, y nosotros le

Los miembros de la relación manifiestan ser muy reservados con lo que corresponde a sus problemas como pareja, consideran que la relación será más llevadera si nadie interfiere en ella. Resaltando que en este caso la esposa decidió recurrir a red de apoyo primaria (madre de la esposa) ya que se sentía muy agobiada por el diagnóstico y considero

dijimos que lo mejor era necesario refugiarse en que le contara de una vez su madre. a él, porque él tenía derecho a saber.

9. ¿Considera que ellos han pensado en replantear su proyecto de vida con su pareja a partir de la situación actual?

Si en un inicio él estaba muy seguro de separarse de mi hija y me llegue a enterar Frente a todos los que él tuvo una problemas ocasionados a relación con otra raíz del diagnóstico, se mujer, pero eso fue evidencia la necesidad muy pasajero no que manifestaron los duro ni un mes y con miembros de la pareja respecto a mi hija por replantear su ella también pensó proyecto de vida, en el en separase porque caso del esposo, por no me dijo que estaba aceptar que no podrá ser cansada de la actitud padre ya que es lo que el de su esposo y que no mas desea, por lo que no tenía sentido estar se siente capaz de estar con él si eso iba a con una mujer que no le seguir así. pueda dar un hijo. Y en el caso de la esposa se siente agobiada por los rechazos de parte de su

esposo y si dejar de lado que la hace responsable del hecho de poder formar una familia como él quiere y suele culparla en repetidas ocasiones, dejando claro que esto sucedió solo en los primeros meses después del diagnóstico, posteriormente su relación empieza a mejorar.

10. ¿Considera que el vínculo sexual de la pareja aún sigue siendo importante o se han establecido otras prioridades a partir del diagnóstico? ¿Cuales?

Por parte de él, llego a ser totalmente nulo, por lo que le decía que no la tocaba ni nada en pocas palabras ni la determina para nada, aunque ella lo buscaba, intentaba ser cariñosa con él, pero él lo único que hacía era alejarse, ya con el pasar de unos meses las cosas fueron volviendo a la normalidad.

El vínculo sexual se vio afectado debido al distanciamiento que se generó a raíz del diagnóstico, alejándose totalmente de su esposa hasta tal punto de no tener ninguna demostración de afecto o cariño hacia su esposa.

Roles

- | | |
|--|---|
| <p>11. ¿Considera que el diagnóstico se ha involucrado en los roles que desempeñaba la pareja?
¿Cómo lo describiría?</p> | <p>Si él se desentendió totalmente de sus responsabilidades como esposo, lo que se había establecido en un inicio no se cumplió, dejándole todas las responsabilidades de la casa, prácticamente ella se hizo cargo de todos los gastos de la casa durante el tiempo que la relación estuvo mal.</p> <p>A raíz del diagnóstico se ven comprometidos los roles de la pareja, debido a incidencia que llega a tener en el esposo y el cambio que está ocasionando en el futuro que habían planeado como pareja, lo que implica la ausencia por parte del esposo en cuanto al rol que desempeñaba cada uno en las labores del hogar, delegando las responsabilidades solo a la esposa.</p> |
| <p>12. ¿Quién opto por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual?
¿A qué considera se debe esto?</p> | <p>Las decisiones las tomaba ella, porque él no mostraba ningún interés por nada, aunque ella le trataba de consultar lo que iba hacer o que</p> <p>Las decisiones pasaron a ser responsabilidad de una sola persona, en este caso de la esposa, debido a que lo que se había establecido por la</p> |

se debía hacer pero el pareja desde un inicio se solo se desentendió ve truncado a raíz del de todo, esto paso diagnóstico, teniendo en hasta que fue cuenta que el esposo se mejorando todo en la desentende totalmente relación, porque de todo lo que incumbe a después los dos la relación de parejera. volvieron a tomar la Alejándose de todas sus decisiones. responsabilidades y decisiones pertinentes al hogar y su relación.

13. ¿De qué forma han intervenido usted para que opten sobre alguna decisión frente a la situación actual?

Nosotros no Las redes de apoyo de la interferimos en nada, pareja, mencionan no nos metemos en mantenerse al margen de sus cosas porque son la relación, refiriendo problemas de pareja, que por el estabilidad en pero si les hemos la dinámica de la pareja dicho que pueden no interferir en las contar con nosotros diferentes situaciones para todo lo que les que se presentan en la podamos ayudar. relación pero si enfatizan en el apoyo que siempre le han manifestado para cualquier eventualidad.

14. ¿Cuáles sentimientos considera que predominan

En un inicio creo que el llego a dejarla de

en la pareja a partir del diagnóstico? ¿Esto de qué manera ha intervenido en el comportamiento o actitudes de la pareja?

querer, lo digo por la forma que él se expresaba hacia ella, pero luego de unos meses el volvió a hacer el mismo hombre amoroso y detallista que era antes, trata de expresarse diario el amor que sienten. Los sentimientos de la relación se vieron comprometidos, después de enterarse del diagnóstico de infertilidad, debido al rechazo por parte del esposo, por lo que la esposa siente la ausencia de todo el cariño y amor expresado por parte de su esposo.

15. ¿Qué cambio, a nivel sexual y/o afectivo considera se ha generado en la pareja a raíz del diagnóstico de infertilidad? ¿Cuáles considera han sido más perceptibles?

En un momento hubieron muchos cambios por parte de él, hasta el punto de llegar a darle la espalda cuando compartía la cama con ella, eso fue hasta el momento que el asimilaba lo que estaba pasando y poco a poco todo fue mejorando. Se evidencia el cambio que se originó a nivel sexual o afectivo en la relación, por la desestabilidad generada una vez conocido el diagnóstico, lo cual implica una ruptura temporal en la relación en cuanto a los aspectos afectivos.

Entrevista Miembros de la Pareja

Categoría	Esposa C.	Esposo R.	Análisis de resultado
Comunicación			
<p>1. ¿Qué razones lo llevaron a buscar una opinión profesional que le diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos?</p>	<p>Bueno, pues con mi pareja llevamos 6 años de estar juntos y hace aproximadamente unos dos años mi marido me dijo que quería que tuviéramos un hijo y pues después de intentarlo por ese tiempo, y que se nos hizo raro que no pudiera quedar embarazada mi marido me dijo que fuera al médico, lo hice luego de 3 meses para ver qué era lo que estaba pasando,</p>	<p>Nosotros llevábamos como dos años aproximadamente intentando que mi mujer quedara embarazada, pero como no lograba quedar en embarazo, le dije que acudiera al médico y le comentara lo que estaba pasando, entonces el médico le mando una serie de exámenes y cuando regreso con los exámenes, el médico le dijo que lo que ella tenía un ovario poliquístico, por lo que</p>	<p>De acuerdo a lo expresado tanto por la esposa como por el esposo se puede deducir que se da un tipo de comunicación funcional expresado en el deseo mutuo de querer tener hijos antes de conocer el diagnóstico. Por lo que al intentarlo y no ver resultados la preocupación de cada uno en especial de R lo lleva a que le pida a C que acuda al médico en búsqueda de una opinión</p>

yo fui al médico el no era casi que profesional. Donde me mando unos imposible que ella los resultados aluden exámenes y después tuviera hijos, y hasta a un ovario poli pues de unos días fui ahora no se ha dado. quístico, cerrando las de nuevo con el posibilidades de la médico y me dijo que pareja a lo que ellos yo tenía un ovario habían expresado poliquístico por lo mutuamente de que las posibilidades de tener hijos eran casi nulas, y pues efectivamente hasta el momento no ha sido posible.

2. ¿Cómo describiría la comunicación con su pareja luego del conocimiento de la situación actual?

Pues la Al principio fue muy A raíz del comunicación entre duro para mí, conocimiento del nosotros fue un poco recuerdo que la trate Diagnóstico, el complicada, porque mal, le dije cosas que esposo muestra un para él era un poco nunca debí decir, no modelo de difícil de entender los le dirigí la palabra comunicación que está pasando y casi por dos meses, acusador y una vez me dijo que quería tener el disfuncional. El “ni para darle hijos mínimo contacto con primero evidenciado servía” y pues eso me ella y pues cuando le en expresiones del dolió mucho, cuando hablaba lo hacía esposo hacia ella donde manifiesta casi no hablábamos, que “ni para darle

el cenaba muy tarde cuando ya me iba a dormir y así duramos como dos meses , pero después ya comenzaron a mejorar las cosas y poco a poco volvió a ser el que era antes, amoroso y cariñoso.

gritándola y a veces con insultos.

hijos servía” donde le atribuye el hecho de no poder ser padre debido a ella. Así mismo, en cuanto al segundo tipo de comunicación se da en torno a la poca receptividad del marido hacia su pareja, al poco entendimiento de la situación manifestado en su forma de expresión verbal y no verbal, los gritos, el distanciamiento, que movilizo tanto conductas como emociones y actitudes negativas en la pareja así como una ruptura de comunicación entre los mismos.

No obstante luego de pasar la crisis inicial se da una aceptación y resolución (Pérez

& García, 2015) de la situación dándose en la diada una equifinalidad en cuanto a la reorganización de su forma de comunicarse, por lo que la esposa refiere un acercamiento y armonía emocional y afectiva luego del afrontamiento y aceptación de la situación.

3. **¿Suele expresar a su pareja palabras que lo inculpen sobre la situación por la que están pasando?** Yo a mi esposo nunca, pero el a mí sí, como te mencione anteriormente una vez me dijo que “ni para tener hijos servía” y pues eso le duele a uno y en algunas ocasiones me manifestó que “se arrepentía de haberme conocido y
- Pues yo al principio si fui duro con ella pero por la misma rabia, y frustración que sentía de no poder ser papá. Más de una vez le dije y le grite que era la culpable de que yo no pudiera tener hijos, no era fácil aceptar
- En cuanto a las expresiones hacia la pareja el esposo manifiesta un estilo de comunicación acusador como ya se había referido manifestado en expresiones como “ni para tener hijos servía”, que “se arrepentía de

que porque no era que no podía y no por haberme conocido y capaz de darle un mí sino por mi mujer. que porque no era hijo” capaz de darle un hijo”, lo cual afirma que le atribuye la culpa de no tener hijos a su esposa, y no a él como el mismo refiere en la entrevista. Por su parte en la esposa se da una autoinculpación y dolor no solo por la situación, sino también por las expresiones y comportamientos del esposo hacia ella.

4. ¿Ha observado cambios en la dinámica sexual con su pareja a partir del diagnóstico?

Al inicio si hubieron muchos cambios, De acuerdo a lo referido por cada uno de los miembros de la pareja se puede evidenciar que a partir del diagnóstico se quebrantó la proximidad sexual, por lo tanto un deterioramiento y poco

Mi marido después de saber que yo no podía tener hijos no me volvió a tocar durante dos meses a proximamente, ni un beso, ni una caricia, nada de nada.

pero eran más de parte mía, porque yo era el que no sentía deseos de estar con ella, no sentía ni ganas de tocarla, incluso prefería no

estar en la casa solo por no verla. interés en la intimidad, expresado mayormente del esposo a su pareja.

5. ¿Ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?

Pues sí, hemos hablado de eso, pero las técnicas de reproducción asistida ya las descartamos, porque una que son muy costosas y otra cosa es que el tratamiento es muy largo, por eso creemos que es mejor recurrir a la adopción.

Con mi mujer hemos habado y contemplado la opción de la adopción, debido a que ya no podemos tener hijos, en un futuro estamos considerando adoptar.

Entorno a lo referido por cada uno de los esposos se puede evidenciar un acuerdo e interés por parte de los mismos en cuanto a la opción de adoptar debido a la imposibilidad de tener hijos. De igual manera, la esposa alude que debido a que las técnicas de reproducción son costosas solo han considerado adoptar.

De esta manera se observa una equifinalidad en el holón conyugal dado debido a que a pesar de la situación inicial se busca otra opción que les permita

afrontarla de una mejor manera.

Reglas

6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico? Bueno las reglas que nosotros antes del diagnóstico y que las habíamos hablado desde un principio es que cada uno nos íbamos a consultar cada una de las decisiones que quisiéramos tomar, también dejamos claro que cuando el otro no tenga trabajo, el que si lo tuviera se iba hacer cargo de los gastos y que siempre nos íbamos apoyaren todo.

Desde que iniciamos como pareja las reglas eran claras, cada uno respeta los espacios del otro, las decisiones siempre las tomábamos los dos, cuando los dos trabajamos, aportamos la misma cantidad de dinero para los gastos de la casa y por encima de todo el respeto entre los dos.

De acuerdo, a lo referido por cada uno de los miembros de la pareja se evidencia un establecimiento de reglas entorno al apoyo emocional y afectivo, a la toma de decisiones en conjunto, el apoyo económico, y el respeto mutuo.

7. ¿Considera que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico? ¿Por qué?

Pues como te comentaba, cuando se enteró del diagnóstico, no te voy a negar que cambio absolutamente todo, lo que habíamos dicho antes que nos íbamos a apoyar en todo no se cumplió porque prácticamente el me dio la espalda y trato como de alejarse de mí, ya no me contaba lo que hacía, salía y no me decía para donde iba y casi no aportaba dinero en la casa porque se la pasaba tomando

Si, cuando supe, lo único que quería era estar solo, no hablaba con ella, no sabía nada de lo que pasara en la casa. Solo me invadía el dolor y rabia en esos momentos

Según lo manifestado tanto por la esposa como por el esposo se observa una dinámica relacional disfuncional en cuanto al seguir las reglas acordadas antes del conocimiento del diagnóstico, por lo que se rompe lo convenido en cuanto al no apoyo a la situación por parte del esposo a su pareja, la toma de decisiones conjunta también se ve perjudicada debido a que el esposo se desentiende totalmente de su pareja. Así mismo, un deterioro del respeto mutuo entre la diada.

8. ¿A quién o quienes acudió después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo) ¿Por qué?

Yo a la primera persona que le conté fue a mamá que era los que estaba en la casa cuando yo llegue de la clínica con las noticia, me senté hablar con ella porque sinceramente tenía mucho miedo de contarle a mi marido por no sabía cómo iba a reaccionar con la noticia y pues ella me aconsejó que lo mejor es que hablar con mi marido y le comentara lo que estaba pasando y que él me iba a entender entonces espere que saliera del trabajo y me senté hablar con él.

La verdad yo soy muy reservado en mis cosas y preferí no contarle a nadie lo que estaba pasando

El esposo por su parte expresa no haber acudido a nadie debido a que manifiesta ser muy reservado en cuanto a lo que ocurre con él.

Por su parte la esposa refiere haber acudido de manera inmediata a su madre como primera puesto que no tenía miedo de la forma en que fuera a reaccionar su esposo. Seguidamente le hace saber la noticia a su cónyuge.

De esta manera se muestra que no existe una comunicación funcional o cercana en la pareja que a la mujer le inspire confianza para haberle comentado la situación primeramente a él, ello demostrado en el miedo que ella

expresa sentía de la reacción de su esposo.

9. ¿Ha pensado en replantear su proyecto de vida con su pareja a partir de la situación actual?

En un inicio creí que todo se iba acabar y pues que lo mejor sería separarnos, pero como te dije después de los dos meses las cosas comenzaron a mejorar y ya comenzó a ser el mismo de antes me pidió perdón por haber reaccionado mal ante la situación y hasta hora seguimos con los planes que teníamos desde un inicio.

Si, al principio solo pensaba si separarme era lo mejor, pero después ya mejoraron las cosas, y hablamos los problemas que teníamos y actualmente seguimos con lo que habíamos planteado antes de saber el diagnóstico.

En cuanto al replanteamiento del proyecto de vida la esposa alude que inicialmente ella creía que la relación iba a terminar. De igual forma lo expresa su esposo.

Esto determina el deterioro que debido al diagnóstico se había dado inicialmente en dinámica de la relación de la pareja.

10. ¿El vínculo sexual aún sigue siendo

Como lo mencione anteriormente solo

Sigue siendo muy importante para nosotros, incluso

Según lo referido por cada uno de los esposos se puede

relación? papel que pendiente de nada. acompañamiento a la
¿Cómo lo desempeñamos. Pero ahora ya situación.
describiría? después de aceptar la De igual manera el
 Algo que al saber mi situación si cada uno esposo alude que fue
 situación fue muy de nosotros sigue muy difícil tener
 diferente ya que R no desarrollando los conocimiento del
 se interesaba por roles que teníamos, diagnóstico, no le
 ayudarme con las antes de que el interesaba cumplir
 responsabilidades de médico le diera la con sus
 la casa, ni apoyarme noticia a ella cada responsabilidades
 a mí en cuanto a lo uno en su trabajo y maritales de ningún
 que estábamos ayudándonos con las modo. En esta
 viviendo responsabilidades medida era una
 económicas. persona ausente de su
 hogar.

No obstante, cada uno de ellos expresa que luego del paso de este tiempo se dieron movilizaciones entorno a las funciones equitativas para cada uno dentro de la relación en cuanto al apoyo afectivo y emocional, toma de decisiones, y responsabilidades.

12. ¿Quién optó por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual? ¿A qué considera se debe esto?

Las decisiones las seguimos los dos, cuando queremos hacer algo, yo se lo consulto a él para ver qué opina porque me parece lo adecuado y pues el también hace lo mismo, generalmente no tomamos una decisión sin antes consultarnos. Pero pues cuando él supo el diagnostico, no podía ni hablar con él porque siempre estaba indispuerto, casi nunca estaba en la casa y cuando estaba solo me ayudaba con los gastos de la casa, porque yo se lo pedía, fue difícil al principio, pero bueno ya estamos bien.

Tengo que aceptar que al principio entre menos estuviera en la casa para mí era mejor, no me interesaba decidir algo sobre nosotros ni de la casa. Y pues ya después de que hablamos, acordamos que seguiríamos igual que antes de saber el diagnostico, ella tiene en cuenta lo que yo quiero y ella igual conmigo.

De acuerdo a lo manifestado individualmente por la pareja se puede ver que inicialmente cuando se conoce el diagnostico se produce una ruptura en los roles, especialmente para la esposa puesto que al ver el desentendimiento de su pareja de la relación, ella cumple con las labores del hogar, de su trabajo, reorganizando sus roles y ejecutando los de su marido, debido a la ausencia del mismo en el hogar, a su distanciamiento y a su indisposición frente a la relación.

No obstante luego de asumir la situación la pareja retoma lo que a raíz del diagnostico se había

quebrantado, la toma de decisiones en conjunto donde se tiene en cuenta a opinión de cada uno para poder llegar a un acuerdo y así poder decidir en conjunto.

13. ¿De qué forma a intervenido su familia y/o amigos para que opte sobre alguna decisión frente a la situación actual?

Lo que hace mi familia es siempre apoyarnos, nos dicen que podemos contar con ellos para lo que necesitemos, pero casi nunca intervienen en las decisiones que nosotros tomamos.

Mi familia no vive en esta ciudad y la comunicación es muy escasa con ellos y pues considero que no intervine en nada.

De acuerdo al involucramiento de la familia en la situación la esposa expresa que su familia los apoya en las decisiones que ellos toman, pero que al igual que la familia de su esposo no se involucran ni intervienen en los acuerdos de los mismos.

De esta manera se puede observar que la mujer busca apoyo y soporte en su familia, específicamente en

su mamá, teniéndola en cuenta como soporte para la situación que atraviesa con su esposo. Lo que no es representativo para el esposo debido a la poca comunicación que posee con su familia. Por lo tanto al no permitir que la familia de cada uno de los miembros de la pareja se involucre se da un respeto por las decisiones del holón conyugal sin interferencias exteriores.

- 14. ¿Cuáles sentimientos predominan tanto en usted como en su pareja a partir del diagnóstico? ¿Esto de qué**
- | | | |
|--|---|--|
| <p>A pesar de todo los malos momentos por los que pasamos en un inicio yo nunca lo he dejado de amar, al principio fue doloroso tanto para el como para mí, porque queríamos ser</p> | <p>Cuando ella me lo dijo, sentí impotencia, rabia, porque yo quería ser papá y saber que no lo podía lograr con mi mujer fue muy frustrante. Y sé que fui muy duro con</p> | <p>Los miembros de la pareja expresan haber pasado por sentimientos de rabia, impotencia y frustración que dieron paso a comportamientos por parte del esposo de</p> |
|--|---|--|

manera ha intervenido en el comportamiento de la pareja? papas, y verlo a él tan alejado fue muy difícil, yo me la pasaba muy mal, lloraba todo el tiempo, me sentía culpable no solo por el diagnóstico sino también por el comportamiento de él.

Pero ahora siento que lo que pasó nos sirvió para darnos cuenta el amor tan grande que nos tenemos, el trata de consentirme en todo lo que más puede, es cariñoso, me dice que me ama, bueno en general los dos nos expresamos todo el amor que sentimos a cada instante.

ella, por eso ahora inculpación a su esposa, y tiempo nos hemos distanciamiento de la misma. dedicado a nosotros y a nuestros trabajos.

No obstante, cada uno de ellos expresa que luego del paso de este tiempo se dieron movilizaciones positivas entorno a las funciones equitativas para cada uno dentro de la relacione en cuanto al apoyo relacional de sistema conyugal.

15. ¿Qué cambio, a nivel sexual

Cuando él supo que yo no podía quedar embarazada, me

En cuanto a lo íntimo y afectivo, no quería demostrar nada

A nivel sexual y/o afectivo tanto el esposo como la esposa expresan un

y/o afectivo culpaba de todo, lo porque lo único que distanciamiento del
considera se resaltaba cada vez me pasaba por la esposo, una falta de
ha generado que tenía la cabeza era que no deseo de estar
en su pareja oportunidad, nunca podía tener un hijo y íntimamente con su
a raíz del se me acercaba, no eso no me dejaba esposa, debido al
diagnóstico me hablaba, y pues pensar en que sintiera diagnóstico a la falta
de íntimamente o quisiera mi mujer. de interés emocional,
infertilidad? tampoco quería Pero como ya le afectivo y sexual
¿Cuáles nada... él se alejó mención ahora nos evidenciado en los
considera mucho de mí. estamos centrando comportamientos y
han sido más A pesar de eso ya con más en nosotros, en actitudes del mismo.
perceptibles el paso del tiempo, de disfrutar de nuestra Dando paso a una
? que el entendiera lo compañía, por eso ya dinámica relacional
 que pasaba, que no tratamos de no disfuncional en la
 era mi culpa el ha pensar en eso. que cada uno se
 tratado de estar centraba en si mismo
 conmigo siempre, y no por aportar a la
 apoyándome, y entre relación y salir a
 los dos hemos dado delante.
 lo mejor para que la Sin embargo
 relación se teniendo en cuenta
 fortalezca. que se da una
 equifinalidad en la
 misma, al afrontar de
 mejor manera la
 situación se ve una
 resignificación de la
 misma ya que se
 centran en el

disfrutar de su
compañía, de su
relación.

Discusión de resultados.

La infertilidad Según el Ministerio de salud (2015) es un término que se emplea cuando una mujer no ha podido quedar embarazada después de haberlo intentado por lo menos por un año. Presentándose en la mayoría de los casos por problemas de ovulación como es el del síndrome de ovario poli quístico (SOP), que se da, debido a una disfunción ovulatoria en la que los ovarios no liberan un óvulo con regularidad o no pueden liberar un óvulo sano que se da de forma altamente prevalente en un 5 a 10% de las mujeres en edad reproductiva manifestándose en alteraciones de las distintas etapas del proceso reproductivo de la mujer y que por consiguiente condicionan a la infertilidad, es decir, a la imposibilidad de un embarazo (Silva, 2010).

De esta manera esta investigación se realizó con el fin de analizar la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, dada para este caso en relación al diagnóstico del síndrome de Ovario Poliquístico mencionado anteriormente. En esta medida, para la recolección de información se llevaron a cabo tres entrevistas semiestructuradas dirigidas como primera medida de manera individual a la pareja, en segundo lugar a la pareja en conjunto y en tercer lugar a una red de apoyo que en este caso fue la madre de la esposa. Para ello, se evaluaron tres categorías: comunicación, reglas y roles, categorías en las cuales se ven inmersos los cambios que se dan a nivel psicológico, afectivo y sexual en la dinámica de la relación de pareja, para lo cual se evidencian los siguientes resultados

En cuanto a la categoría de comunicación según lo referido por los participantes se puede deducir que en la diada se dan dificultades en la dinámica de la pareja en un periodo inicial de dos meses a raíz del conocimiento del diagnóstico donde se dan modelos de comunicación como son el acusador y el disfuncional. El acusador según refiere Satir (citada en Naranjo, 2005) se da en torno al desacuerdo con la situación donde se inculpa a la otra persona sobre lo que ocurre, con expresiones verbales agresivas, de recriminación y de fuertes críticas al otro, evidentes del esposo hacia su cónyuge al atribuirle el hecho de no poder ser padre debido a ella, por lo que la culpa por la situación.

Así mismo, en cuanto al segundo tipo de comunicación: el disfuncional se da según expresa Satir (citada en Naranjo, 2005) debido a que los mensajes que a la persona le llegan del exterior y los que la misma expresa no los percibe ni los interpreta en forma correcta, por lo que sus respuestas son poco claras, inapropiadas y dicotómicas. Lo cual se representa en la pareja en torno a la poca receptividad del marido hacia su pareja, al poco entendimiento de la situación manifestado en su forma de expresión verbal y no verbal, los gritos, y el distanciamiento que movilizó tanto conductas como emociones y actitudes negativas en la relación marital así como una ruptura de la comunicación respectiva a la inestabilidad y disfuncionalidad de la homeostasis de la dinámica de la pareja.

Por ende, da paso al enfrentamiento de diferentes cambios y situaciones que van desde sentimientos de frustración y desespero hasta estadios psicológicos tales como: sorpresa y negación, agresión, conductas autodestructivas, aislamiento, culpa y duelo (Pérez & García, 2015). Así mismo, un distanciamiento de la pareja desde todas sus esferas maritales como lo son la emocional, afectiva y sexual dados por la separación de la relación donde al guardarse sentimientos y no compartir y expresar las vivencias con el otro incrementa las emociones de angustia, culpa y tensión en la pareja que por consiguiente disminuyen la calidad de la relación tanto a nivel afectivo como sexual Ascenzo, et al, (citados por Ríos, 2014).

De igual manera, se percibe el daño del bienestar psicológico, emocional y afectivo en la esposa al ser la que poseía el diagnóstico y por tanto la recibía todo tipo de expresiones negativas que la hacían autoinculparse por no poder conformar lo que hace mucho tiempo ellos querían como esposos y en el esposo al expresar su enojo y carga emocional por la situación con palabras hirientes a su mujer, conflicto dado debido a la no acomodación de la pareja al problema según lo referido tanto por la diada como por la red de apoyo, donde los miembros que conforman la relación desarrollan creencias, actitudes y expectativas individuales en torno a su condición, que ocasiona además aislamiento y desesperanza según refiere Ríos (2014) conllevando así a la diada a un rechazo por la comunicación, y a que por el distanciamiento y ausentismo del mismo del esposo conlleva a que el único apoyo para la esposa sea su madre como red de apoyo ante la situación.

En cuanto a la categoría de reglas definidas por Minuchin y Fishman (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016) como “ todas aquellas estipulaciones que limitan y

rigen la conducta o comportamiento de los miembros de la familia, que deben cumplirse por estar así convenido por una colectividad”. Percibidas en la dinámica de la relación de pareja como deterioradas a partir del diagnóstico. Donde se evidencia la ruptura de las reglas relacionales explícitas pactadas antes del conocimiento de la situación como lo eran el apoyo continuo, la toma de decisiones en conjunto, el interés por el otro afectiva y sexualmente, el compromiso, el apoyo económico, marital y emocional.

Por consiguiente, se da un desequilibrio y desestabilidad de los lazos maritales que inicialmente los llevo a querer separarse por el no afrontamiento de la situación, el dolor que cada uno vivía individualmente y la no reciprocidad entre los miembros de la pareja. Donde además se observa un rompimiento de reglas implícitas que de acuerdo a Minuchin y Fishman (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). “son todos aquellos movimientos inconscientes en lo interno de la familia” en donde se observan conflictos en la pareja debido a que a pesar que el esposo no expresaba a su pareja el no querer apoyarla, el no ayudarle y el no querer estar presente para el afrontamiento de la situación lo manifestaba por medio de sus comportamientos y actitudes, con en el ausentismo en la relación, al apoyo nulo, y la comunicación inculpadora y disfuncional, la discontinuidad de la toma de decisiones conjunta y el deterioro del respeto mutuo entre la diada, que acarrea también una perturbación afectiva, sexual y emocional.

Por esto, cuando un miembro se desvía de las reglas aparecen mensajes, gestos, que señalan que no se permite y se entra en una zona de alerta que genera estrés y conflictos Puello, Silva y Silva (2014). A su vez, la constatación del fracaso en tener un hijo que no sólo provoca una frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad sino que también supone como menciona Llavona (2008) una alteración, del plan de vida que se tenía trazado en la pareja en la conformación de una familia, y que de alguna manera supone un desafío a ese proyecto de vida perturbado por el diagnóstico y llevo a la pareja en muchas ocasiones a pensar que su proyecto de vida como pareja había llegado su culminación.

En concordancia con lo anterior, el modelo estructural de terapia familiar establece que el subsistema conyugal debe poseer límites, entendidos como reglas que definen quiénes participan y de qué manera Minuchin & Fishman (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). No obstante, cuando en el sistema se tienen límites o reglas difusas se da paso al estrés que no solo repercute en uno de los miembros del sistema sino que también repercute intensamente a

los miembros produciendo disipación y dificultades en la dinámica de la estructura. No obstante, para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites del subsistema deben ser claros puesto que esto define su estructura manifestando un parámetro útil para evaluar su funcionamiento como sistema, permitiendo sus límites y/o reglas sean modificables y adaptativos socialmente Minuchin & Fishman, (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016)

Por su parte, en cuanto a la categoría de roles definidos por Minuchin y Fichman (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016) como aquellos papeles que juegan los miembros de la familia que conlleva a organizar la estructura familiar. Se denota en la pareja roles dicotómicos en las etapas iniciales del diagnóstico, representado por una secuencia de conductas del esposo hacia su pareja enmarcadas por desinterés, inculpación, decisiones individuales, sentimientos de rabia, dolor, impotencia, frustración, dolor que generó una ruptura en la causalidad circular de la pareja, en el sentido que no había una reciprocidad, actitudes que favorecieran la relación, por el contrario al esposo desvincularse de su rol como conyugue dio paso a una reorganización del papel de la esposa que pasó a ejercer el de la pareja como tal. Siendo la que estaba al pendiente de las responsabilidades económicas, del trabajo y del dolor no solo por la ausencia de un embarazo además por la ausencia de su marido frente al afrontamiento de la situación, donde la madre de la esposa es la que asume el papel del esposo en cuanto al apoyo y acompañamiento a la situación, según refiere ella misma y la pareja como tal.

A nivel sexual y afectivo, tanto el esposo como la esposa expresan un distanciamiento del esposo, conyugue una falta de deseo de estar íntimamente con su esposa, debido al diagnóstico a la falta de interés emocional, afectivo y sexual evidenciado en los comportamientos y actitudes del mismo. Así lo expresan, Carreño et al. (1998; citados en Ríos, 2014) puesto que en las parejas infértiles, la satisfacción con ciertos aspectos de la relación se ve deteriorada puesto que se relaciona con algunos roles socialmente establecidos. Dándose la aparición de dudas, la esperanza sobre que los resultados cambien, la toma de decisiones, el miedo al fracaso, la ocultación social del problema y los sentimientos relacionados a la problemática; por lo que pueden deteriorar el ajuste sexual, la satisfacción y la comunicación efectiva y afectiva de la pareja, aumentando a su vez los desacuerdos y problemas dentro de la relación (Departamento de Psicología del Instituto

de Ginecología y Fertilidad de Miraflores (IGF), 2012; Flores, Jenaro & Moreno, 2008; citados en Rios, 2014).

No obstante, luego de atravesar la crisis de los dos meses iniciales del conocimiento del diagnóstico, en la pareja se da una aceptación y resolución, para el afrontamiento de la situación de una forma más adaptativa (Pérez & García, 2015). Por tanto se da una redefinición de la relación que denota equifinalidad de la comunicación, reglas y roles, según la cual el holón conyugal centra su atención y foco de análisis en la organización actual del sistema, ya que dicha organización es la mejor explicación al funcionamiento del mismo sistema (Moreno, 2015). Donde a pesar de las condiciones adversas atravesadas inicialmente se efectúa una reorganización de la forma en que estaban afrontando la situación, dándose un acercamiento entre los esposos que denota interés porqué la relación continúe, una comunicación funcional entorno a expresiones tanto verbales como no verbales centradas en el deseo de permanecer en la relación por parte de ambos esposos y no solo por los intereses personales que eran los que primaban inicialmente.

En esta medida, se abre paso a un reencuadre de la dinámica del sistema conyugal puesto que al darse una aceptación de la problemática inicial, contemplando diferentes opciones de resolución de la situación que enfrentan por lo que acuerdan diferentes decisiones respecto al comunicarse de manera funcional, una reorganización tanto de las reglas y roles en las cuales inicialmente se había presentado una ruptura de manera que se posibilita una relación centrada en reglas claras donde las dos partes de la relación conyugal están de acuerdo, y los roles se llevan a cabo en una homeostasis que aorta a la dinámica conjunta de la pareja no solo a nivel psicológico, sino también sexual y afectivo.

Por ello la importancia desde la escuela estructural de la redefinición positiva del síntoma donde se intenta proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, que ponga en duda las estructuras del sistema, desafiando las definiciones dadas en la familia, entre las que se incluye el rol del paciente Minuchin (citado en Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). De este modo, se propone una reformulación positiva de la dificultad por la que la pareja atraviesa que es el diagnóstico reorientando la redefinición de la pareja entorno a la posibilidad de conformar una familia por medio de la adopción o por dos métodos de reproducción asistida altamente efectivos.

De igual manera, una redefinición de la dinámica de la relación permite a la pareja una reestructuración y/o modificación de las reglas de la relación, lo que implica modificar las reglas o límites difusos de tal forma que pasen a ser claros. Se trabaja para que se de una acomodación de las distancias dentro del sistema familiar y el manejo de la información en tanto roles y jerarquías sean funcionales para la relación de pareja Minuchin y Fishman (1984); citados en (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016). En este caso el del subsistema conyugal en pro de favorecer la reciprocidad de la estructura relacional de la pareja en cuanto a la comunicación reglas y roles. De manera que en la diada se dé el fortalecimiento de la proximidad, a nivel afectivo, emocional sexual y psicológico, orientado al dialogo, al re encuadre de las normas y reglas de relación entorno a toma de decisiones en conjunto y a la re significación y redefinición del subsistema conyugal.

Conclusiones

Del objetivo general planteado en la investigación realizada, se puede concluir que se analizó la dinámica de pareja en relación a la infertilidad, realizando un estudio cualitativo, con una pareja, con el fin proponer estrategias para la redefinición de la relación a futuro, en cuanto a la comunicación, reglas y roles. Donde se aplicó una entrevista semiestructurada a cada uno de los miembros de la pareja, a la pareja en conjunto y a las redes de apoyo primarias, estableciendo preguntas en la entrevista semiestructurada enfocadas a la comunicación, reglas y roles en la dinámica de pareja, después de recibir un diagnóstico médico de infertilidad. Se contó con colaboración y total disposición por parte de la pareja con los psicólogos en formación.

Para llevar a cabo esta investigación se plantean tres categorías (comunicación, reglas y role) las cuales son de gran importancia para llegar a determinar el direccionamiento que puede llegar a tener la dinámica en la relación de pareja, después de recibir el diagnóstico de infertilidad. En esta investigación se cuenta con la colaboración de una pareja de la ciudad de Mocoa, Putumayo. La pareja tiene seis años de casados, de los cuales duraron dos años aproximadamente intentado quedar en embarazo, por lo que deciden consultar a un experto, recurriendo al médico, con la inquietud de no poder concebir un embarazo, después de varios intentos fallidos, donde luego de una serie de exámenes, se da un diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, el cual desencadena una ruptura en las categorías de estudio, establecidas en un inicio, comunicación, reglas y roles.

Dando lugar a que el holón masculino de la pareja reaccione de manera inadecuada, refiriéndose a su pareja de manera agresiva y utilizando un lenguaje inculpador, manifestando rechazo por el hecho que su pareja no le pueda dar un hijo, desentendiéndose totalmente de sus obligaciones y deberes en el hogar, los cuales se habían asignado desde el inicio de la relación.

Las reacciones por parte del esposo alteran de manera contundente las reglas que contribuían en la dinámica de la relación de pareja de forma adecuada, lo que llevo a la pareja a un distanciamiento, su mayoría por parte del esposo hacia su esposa. Es de gran importancia aclarar que las categorías que fueron objeto de estudio en la dinámica de la relación de pareja y que se vieron comprometidas, dicho cambio por parte del esposo, se produjo solo en los dos primeros después del diagnóstico de infertilidad, posteriormente fue mejorando la relación y volviendo a su dinámica normal por parte de los miembros de la pareja.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados en esta investigación realizada se pudo concluir al momento de realizar las entrevistas semiestructuradas a los miembros de la pareja, a la pareja y las redes de apoyo primarias se pueden identificar los cambios que se dan a nivel Psicológico, afectivo y sexual partir de la realidad que vivencia la pareja.

A nivel psicológico se produce una inestabilidad emocional por parte del integrante masculino de la pareja, a raíz del diagnóstico de infertilidad. Lo cual conlleva al esposo a responsabilizar en su totalidad a su pareja por el hecho de poder darle un hijo, manifestando la frustración de conformar una familia como siempre lo había querido, ocasionándole un comportamiento errado en su relación, en lo que se producen deferentes cambios a nivel afectivo y sexual.

Los cambios que se dieron a nivel a efectivo, fueron muy evidentes según la información recolectada en las entrevistas realizadas a los miembros de la pareja y las redes de apoyo primarias, porque se puede concluir que después de recibir el diagnóstico de infertilidad, el esposo se mantiene al margen de la relación, sin manifestar ningún tipo de afecto o cariño hacía su esposa, por el contrario inculpa y rechaza a su pareja, dejando a un lado las demostraciones de afecto que solía tener anteriormente con su esposa, dándose por desentendido del amor que decía tener por sus compañera sentimental.

A nivel sexual, de acuerdo a la información recolectada, los cambios en la dinámica de la relación de pareja, fueron más evidentes, debido a que el esposo opta por no tener ningún tipo de contacto sexual con su esposa, en lo que concuerdan las versiones de las redes de apoyo y la de la

Lo cual conlleva a un total distanciamiento que crea una barrera limitante límite entre el subsistema conyugal.

De lo anteriormente mencionado, se puede concluir que la dinámica de la relación de pareja se vio comprometida a nivel psicológico, afectivo y sexual, en cuanto a la reacción que tiene el esposo a raíz del diagnóstico de infertilidad, lo que conlleva a una ruptura en la dinámica de pareja. No obstante, cabe resaltar que todos los cambios y movilizaciones ocasionadas en la diada se dieron en los primeros dos meses, mientras se daba la aceptación del diagnóstico de infertilidad por parte del esposo, esto, según los que refiere la pareja y las redes de apoyo a quien se realizó la entrevista, así, luego de este tiempo la relación se restablece nuevamente, dando lugar a un relación estable, amorosa y armoniosa entre ellos.

Después de analizar las información obtenida, con la entrevista semiestructurada a los miembros de la pareja y a la red de apoyo primaria, se puede interpretar que la comunicación en la dinámica de la relación de pareja después del diagnóstico de infertilidad, sufre una ruptura debido a la no aceptación y asimilación por parte del esposo al momento de enterarse que su esposa no podrá concebir un embarazo, por lo que impone una barrera entre ellos, refiriéndose a su esposa con agresiones verbales, inculpándola y demostrando rechazo hacía ella, por lo que rompe en su totalidad todo tipo de comunicación entre los miembros de la pareja, así mismo lo refiere la madre de la esposa, la cual reafirma el rechazo y la indiferencia por parte del esposo hacía su pareja.

Así mismo, las reglas que se habían establecido entre los miembros de la pareja, quedan aisladas, dado que cada uno de ellos empieza actuar de manera independiente, sin tener en cuenta la opinión del otro, perdiéndose el respeto entre ellos y sin establecer ningún tipo de consentimiento mutuo para su relación, por los acuerdos a los que llegaron al momento de iniciar su relación se rompen en su totalidad.

Los roles por su parte, se ven difusos en la dinámica de la relación de pareja, debido a que el esposo se desentendiendo de su rol como esposo, desde el ámbito afético, sexual y económico,

al optar por tomar distancia de su pareja, permaneciendo al margen de todo lo que tenía que ver con su esposa y los roles que desempeñaban antes del diagnóstico en la relación.

De esta manera, se pudo evidenciar que las categorías objeto de estudio en la dinámica de la relación de pareja, se vieron difusas, dándose un distanciamiento en los miembros de la pareja, con mayor predominancia en el holón masculino, ya que después de analizar la información, se puede determinar la dificultad que presenta al momento asimilar el diagnóstico de infertilidad, porque lo que su decisión es alejarse y cortar todo tipo de vínculo con su pareja. Pero también los dos miembros de la pareja como la red de apoyo refieren que todos estos cambios que se presentaron en la relación de pareja, ocurrieron durante los dos primeros meses, ya que después su relación empezó a mejorar progresivamente, hasta tal punto de lograr una resignificación en su relación.

De las entrevistas realizadas en esta investigación se puede describir que la red de apoyo, en este caso, madre de la esposa quien fue la entrevistada, refiere que tanto ella como su familia prefirieron mantenerse al margen de la situación que se presentó después del diagnóstico de infertilidad, manifestando que debido a la complejidad de la situación, son los dos miembros de la pareja quienes deben resolver y enfrentar la eventualidad por la que están pasando. Por lo que se puede concluir según lo referido por las redes de apoyo no interfieren en ninguno de los problemas que se presentan en la dinámica de la relación de pareja. Sin embargo, se manifiesta el soporte y apoyo por parte de ella y su familia hacia la pareja, respetando las decisiones que tomen la diada

Después de analizar y cumplir con cada uno de los objetivos planteados en la investigación realizada, se puede concluir que la dinámica en la relación de pareja presenta una ruptura en cada una de las categorías analizadas, lo cual produjo un distanciamiento entre los miembros de la pareja, llegando a tal punto de pensar en la posibilidad de culminar con su matrimonio, debido al difícil afrontamiento de la situación que se da a raíz del diagnóstico de infertilidad, dado que se hace muy difícil asimilar y aceptar la noticia. Es de gran importancia aclarar que cada una de las problemáticas y dificultades que atravesaron los miembros de la pareja se dieron en los dos primeros meses después de haber conocido el diagnóstico de infertilidad, refiriendo y resaltando que transcurridos los dos meses, en la dinámica de la relación de pareja se produce un cambio, dando lugar al restablecimiento de la relación, manifestándose las acciones afectivas por parte los miembros de la pareja.

Es de gran importancia resaltar que la psicología hace parte fundamental en la investigación realizada ya que gracias a ella se puede analizar cada de las respuestas y los resultados obtenidos puesto que se puede dar un interpretación adecuada a la información que fue producto de esta investigación. Identificando cada uno de los factores que pueden llegar alterar la dinámica en la relación de pareja. Por lo que se concluye que esta investigación realiza un gran aporte a la psicología, puesto que se dan a conocer estrategias que contribuyen a un mejor afrontamiento frente a diagnósticos de infertilidad a los cuales se pueden enfrentar las parejas en la actualidad, debido al alto índice de infertilidad que se presenta en la actualidad.

Finalmente la presente investigación realizada, cimenta un gran aporte al Departamento de Psicología, dado que son muy escasas las investigaciones en relación a infertilidad, lo que abre paso a que se dé el interés de profundizar en este tipo de problemáticas que se están presentando en la actualidad. Donde el psicólogo desde su rol puede aportar al proporcionar no solo acompañamiento a este tipo de situaciones, sino una guía y orientación desde las diferentes herramientas sistémicas, que le permitan a las parejas que atraviesan por este tipo de dificultad un mejor afrontamiento y aceptación de los diferentes estadios psicológicos por los que se atraviesa al enfrentar esta dificultades y los cuales en muchas ocasiones no se tienen en cuenta.

Recomendaciones

De acuerdo a lo trabajado durante el desarrollo de la investigación se plantea la importancia de destacar el abordaje de la Infertilidad en la dinámica de la relaciones de pareja desde a psicoterapia sistémica puesto que esta, no centra su unidad de análisis en la conducta individual, como pasa con la psicología tradicional, por el contrario aborda el sistema familiar (sistema conyugal) viéndolo como un todo, que se comunica e interacciona, donde los síntomas, son percibidos como parte de este patrón comunicacional, y por tanto del sistema y no únicamente del que lo sufre Feixas, Muñoz, Compañ, y Montesano, (2016).

Así mismo, se parte de la base del modelo estructural, desde el modelo sistémico como un planteamiento especialmente útil en el tratamiento de estas dificultades en la medida en que se analiza el sistema conjunto en este caso el sistema conyugal al comprender las transacciones y la dinámica relacional de sus integrantes, en cuanto a patrones de interacción consistentes, repetitivos y predecibles, que permiten observar a través de la estructura familiar cómo se organizan, la reformulación de límites claros entre subsistemas, y por tanto la redefinición de roles y funciones, que conlleven a regresar a una estructura familiar funcional (Minuchin, 1974; citado en Ulises, s. f).

Para ello se presenta la intervención desde las técnicas de reestructuración psicológica, desde el modelo estructural: la primera de ellas es la redefinición positiva del síntoma orientada a proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos Minuchin (citado en Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016) donde se puede dar un resignificado adecuado de la vida en pareja y así mismo una su satisfacción marital donde exista la posibilidad que el impacto que causa la infertilidad en la pareja lleve a esta a tener una relación más comprometida y cercana donde las diferencias encontradas en su relación antes y después de su condición sean ínfimas y no que se vea debilitada y se den grandes complicaciones (Rios, 2014).

La segunda consiste en considerar, la técnica de Fijación de fronteras se observa como significativo para el subsistema conyugal puesto que propone cambiar las distancias de la diada en cuanto a la comunicación, reglas y roles. Para ello, se intenta regular el grado de permeabilidad entre los integrantes del subsistema como primera medida aminorando la Distancia psicológica donde el principal recurso es que nadie debe hablar por el otro o decir lo que el otro piensa o siente.

Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria; como segunda medida aumentando la Duración de la interacción: alargar el proceso de contacto, dar tareas, practicar interacciones desacostumbradas, como forma de introducir novedad en el formato de las interacciones entre los miembros (Minuchin & Fishman, 1984; Wainstein 2006; Fernández Moya, 2010; Fishman, 2010).

La tercera, se relaciona con el enfocar la atención del subsistema conyugal en la técnica de los lados fuertes que consiste en dejar de investigar la historia de la disfunción y enfocarse en otras modalidades a veces más complejas no tan visibles, que pueden movilizar aspectos más saludables. En otras palabras, no solo centrarse en las dificultades, o en lo que no funciona en la pareja mediado por el diagnóstico ya que esto orienta a no encontrar las opciones en los propios recursos o capacidades. Para ello, el mostrar los recursos, los aspectos positivos, y las capacidades, puede ser una modificación importante de la visión de la realidad la familia (Fishman, 2010). Por ejemplo el mostrar que el hecho de seguir y mantener la relación de pareja es una prueba que muestra la consolidación de la pareja a pesar de las circunstancias difíciles que enfrentan como sistema conyugal.

En suma, de acuerdo a lo anterior es necesario el comprender que la actuación del psicólogo en este campo de atención a las parejas que atraviesan por este tipo de dificultad se hace fundamental para la pareja desde el mismo momento en que ésta tiene conocimiento de su infertilidad ya que ha sido demostrado repetidamente que las parejas estériles tienen problemas emocionales, no sólo atribuibles a su infertilidad, sino también debido a la propia búsqueda de soluciones y a las consecuencias del tratamiento elegido Moreno, Guerra, Baccio, Giménez, Dolz Del Castellar, Tirado, Gutiérrez, Gil (2009). En esta medida, al incluir estrategias psicoterapéuticas se permite al subsistema conyugal detectar precozmente, y manejar adecuadamente, las 5 etapas típicas en la evolución emocional como lo son la Negación de las dificultades, ira ante la confrontación con las evidencias, negociación de posibilidades, depresión y culpa potenciada en los probables fracasos repetidos, aceptación de posibilidades y límites (Ávila y Moreno, 2008).

Para ilustrar esto se plantea, tener en cuenta desde la intervención psicológica el “Counselling” o consejo de apoyo planteado como soporte emocional a las parejas que experimentan distrés. El distrés puede estar causado por la frustración fruto del deseo no alcanzado de tener un hijo, por la presión social y familiar, así como por la tecnología reproductiva empleada

y su tasa de éxitos limitada. Este distrés produce la necesidad de soporte emocional de muchas fuentes como son los miembros de la familia, la pareja, grupos de ayuda (Moreno, Guerra, Baccio, Giménez, Dolz Del Castellar, Tirado, Gutiérrez, Gil, 2009)

El proceso de tratamiento también provocará periodos de distrés especial que puede incrementar la necesidad del “counselling” de apoyo. Por ejemplo, durante las fases de evaluación intensas, cuando hay un fallo para conseguir el embarazo, en las decisiones conflictivas respecto a finalizar un tratamiento, en el momento de acabar un tratamiento, y otras situaciones difíciles. Mientras que la provisión de dar soporte emocional debiera ser parte de cualquier atención centrada en el paciente o tratamiento, el “counselling” de apoyo debe centrarse específicamente en los recursos del paciente para afrontar el distrés emocional y/o físico y en elaborar estrategias nuevas de afrontamiento que serán de ayuda en el manejo de situaciones estresantes. Ocurre a menudo que los pacientes necesitan ayuda cuando se acaba un tratamiento (Moreno, Guerra, Baccio, Giménez, Dolz Del Castellar, Tirado, Gutiérrez, Gil, 2009)

De esta manera el “counselling” en la intervención psicológica con la pareja consistirá en la redefinición o resignificación del reflejo de los problemas de la historia de la pareja, la aceptación de la situación, el significado e impacto de la infertilidad, incluido el trabajo del duelo que se produce, el trabajo sobre una alternativa de vida y conceptos de futuro, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y estrategias para minimizar el distrés, resolución de problemas y conflictos, aspectos específicos, como por ejemplo los sexuales, maritales y otros problemas interpersonales (Moreno, Guerra, Baccio, Giménez, Dolz Del Castellar, Tirado, Gutiérrez, Gil, 2009)

Finalmente, se plantea una cartilla (apéndice 3) como base para los psicólogos expertos en terapia de pareja, donde se evidencia técnicas de intervención psicológica planteadas desde la escuela estructural para la redefinición de la dinámica de la pareja que atraviesa por infertilidad. De manera, que desde estas técnicas los expertos puedan orientar al subsistema conyugal a una percepción de su situación de una forma más funcional y próxima en cuanto a las formas de comunicación, a las reglas y roles que se ven distorsionados luego del conocimiento de este tipo de diagnósticos, pero que con la intervención puede llegar a ser más equilibrados y potencializados en cuanto a la homeostasis que tenía la pareja antes del conocimiento de esta situación.

Referencias

- Barco, V; Quintero, C; Reyes, A; Pérez, C y Álvarez, Z. (2014). El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja. *Revista Cubana de enfermería*. Recuperado el día 09 de Marzo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000400002.
- Cárdenas, A., Chávez, S., & Lozano, C. (2016). *Actitudes de la pareja ante su infertilidad*. Recuperado el 18 de Febrero de 2017, de bvirtual: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/76_actitudes_de_pareja.pdf
- Claramunt, C. (2009). Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica. *Revistas información psicológica*. Recuperado el día 21 de abril de 2017, de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/196/160>.
- Cubillos, J (2013) Técnicas De Reproducción Asistida. *Trabajo de investigación*. Recuperado el día 25 de abril de 2017, http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5218/cubillosjuanmanuel.pdf
- El Congreso de Colombia (2015). Proyecto de Ley 082 de 2015 Cámara. Recuperado el día 24 de Abril de 2017, de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Proyectos_de_Ley_en_curso/P.L.082-%202015%20Infertilidad.pdf
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V y Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona. Recuperado el día 03 Abril de 2017 de, http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf.

Ferrer, A. (2015). comunicación en pareja, libro comunicación en pareja pdf, recuperado el día 27 de marzo 2017, de <http://bajarlibros.co/libro/comunicacion-en-pareja/2MWjPVbbcCabcMal/>

Fernández Moya, J (2010). Modelos clínicos de abordaje. Mendoza: universidad del Aconcagua.

Fishman, C.H. (2010). Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.

Guerrero, V y Niño, S. (2015). Implicaciones psicológicas y emocionales para la madre biológica y la madre subrogada en el proceso de alquiler de vientre o maternidad subrogada. *Trabajo de grado no publicado*. Universidad de Pamplona.

Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*. (Segunda ed.). México, D.F, México. Manual Moderno, S.A. de C.V., recuperado el día 02 de Abril de 2017 de, <https://books.google.com.co/books?id=r-P9CAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=enfoque+sistemico+psicolog%C3%ADa+2016&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjg4PirvTSAhUERiYKHRbiACQQ6AEIJTAC#v=onepage&q=enfoque%20sistemico%20psicolog%C3%ADa%202016&f=false>

Goncalves, M. (Noviembre 30 de 2011). Teoría de los sistemas. *Blogspot*. Recuperado el día 03 de Abril de 2017 de, <http://teoriadelossistemasmaryg.blogspot.com.co/2012/01/elenfoque-sistemico-e-studia-los.html>.

Gutierrez, L. (2014). Una exploración sobre los estados mentales y las relaciones objétales de tres mujeres no fértiles. (*Trabajo de Grado presentado para optarpor el titulo de maestria*).

Recuperado el día 12 de Abril de 2017, de <https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/16599/GutierrezFonsecaLupeIsabel2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación McGRAW-HILL. ISBN: 978-607-15-0291-9. Recuperado el día 24 de Marzo, de 2017.

López, M (2016) inteligencia en pareja, libro de estrategias para relaciones exitosas, recuperado el 17 de abril de 2017, de <http://bajarlibros.co/libro/inteligencia-en-pareja:-estrategias-para-relaciones-exitosas/CwbtbMjzcCabcMal/>

Llavona, L. (2008). Impacto psicológico de la infertilidad. *Revista papeles del psicólogo*. 29 (2). 158-166. Recuperado el día 29 de marzo del 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829202.pdf>

Manzur, G. Restrepo, M. y Sanz, L. (2013). Relación infertilidad/fertilidad-satisfacción marital. Tesis de grado. Recuperado el día 14 de marzo de 2017, <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12564/ManzurBoteroGeorgette2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maureira, F. (2011) Los cuatro componentes de la relación de pareja, Revista Electrónica de Psicología Iztacala, recuperado el día 22 de abril de 2017, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>

Ministerio de salud (2015) Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad, Programa Nacional De Salud De La Mujer, recuperado el día 25 de abril de 2017, de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD_2015%20FF\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD_2015%20FF(1).pdf).

Minuchin, S & Fishman, C. (1984). Técnicas de terapia familiar, Buenos aires: Paidós.

Moreno, A; Guerra, D; Baccio, G; Giménez, V; Dolz Del Castellar, P; Tirado, M; Gutiérrez, K y Gil, M. (2009). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida

Naranjo, M. (2005). Perspectivas sobre la comunicación. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 5, (2). 1-32. <http://www.redalyc.org/pdf/447/44750218.pdf>

Pacheco, J (2014). La Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, recuperado el día 18 de abril de 2017, de <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=3234>.

Pérez, C y García, I. (2015). Crisis familiar por infertilidad desde la perspectiva de las parejas. *Hospital Universitario General Calixto García*. Recuperado el día 05 de Marzo de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph152b.pdf>

Pueblos20. (29 Abril 2017). Puerto Lleras - Departamento De Norte De Santander - Pueblos De Colombia. Recuperado el día 29 Abril de 2017, de <http://pueblos20.net/colombia/departamento-de-norte-de-santander/puerto-lleras.html>

Ramos, A; Delgado, A y García, J. (2012). Inseminación artificial intrauterina y comparación de resultados al tiempo posterior a la inducción de ovulación. *Revista Mex Reprod.* 4 (4). 164-169. Recuperado el día 29 de marzo de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2012/mr124f.pdf>

Ríos, J. (Septiembre 29 2014). Experiencias de relaciones de pareja de un grupo de mujeres con infertilidad primaria. *Tesis PUCP*. Recuperado el día 10 de Marzo de 2017, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5600>

- Salazar, V. (2015). El panorama jurídico de la fecundación in vitro en Colombia. *Tesis de grado*. Recuperado el 15 de marzo de 2017, de <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2467/TEISIS%20VANESSA.pdf?sequence=1>
- Silva, R. (2010). Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21 (3), 387-396. Recuperado el día 23 de Octubre de 2017, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705496>
- Silva, V. (2014) Comportamiento amoroso de pareja: mitos y paradojas románticas: un estudio comparativo entre Brasil y España. *Tesis doctoral*. Recuperada el día 24 de abril de 2017, de <http://eprints.ucm.es/25231/1/T35350.pdf>
- Sule, R., Gupte, S. & De Sousa, A. J. (2016). A Study on Quality of Life and Psychopathology in Couples with Infertility. *Psychosoc Rehabil Ment Health*. 1-14. DOI: 10.1007/s40737-016-0071-8. Recuperado el día 11 de Abril de 2017 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-016-0071-8>.
- Tapia, M (2008) violencia en la pareja: la prevención desde el noviazgo. Tesis de grado, recuperado el día 15 de abril de 2017, de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/12/tesis-851-violenciaen.pdf
- Ulises, T. (s.f). Intervenciones sistémicas aplicadas en un caso de familia multiproblemática, en ciclo vital adolescente con riesgo de adicción. Recuperado el día 27 de Octubre de 2017, de: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1060/Taitelbaum%2C%20Ulises.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Ventura, V. Fertilización asistida de baja complejidad inseminación artificial: indicaciones y resultados, Recuperado el día 28 de marzo de 2017, de http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/INSEMINACION.pdf

Wainstein, M. (2006). Intervenciones para el cambio. Buenos Aires.: JCE.

Zabala, G (2015). El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales. Tesis de grado, recuperado el día 29 de marzo 2017, de http://.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/zavala_g_g/cap2.htm

Apéndices

Apéndice 1: Entrevista Miembros de la pareja

1. ¿Qué razones lo/la llevaron a buscar una opinión profesional que le diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos con su pareja?
2. ¿Cómo describiría la comunicación con su pareja luego del conocimiento de la situación actual?
3. ¿Su pareja suele expresarle palabras que lo culpen sobre la situación por la que están pasando?
4. ¿Ha observado cambios en la dinámica sexual con su pareja a partir del diagnóstico?
5. ¿Ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?

Categoría No 2. Reglas

6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico?
7. ¿Considera que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico? ¿Por qué?
8. ¿A quién o quienes acudió después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo) ¿Por qué?
9. ¿Ha pensado en replantear su proyecto de vida con su pareja a partir de la situación actual?
10. ¿El vínculo sexual aún sigue siendo importante o se han establecido otras prioridades a partir del diagnóstico? ¿Cuales?

Categoría No. 3: Roles

11. Considera que el diagnóstico se ha involucrado en los roles que desempeñaba tanto usted como su pareja en la relación? ¿Cómo lo describiría?

12. ¿Quién optó por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual? ¿A qué considera se debe esto?
13. ¿De qué forma ha intervenido su familia y/o amigos para que opte sobre alguna decisión frente a la situación actual?
14. ¿Cuáles sentimientos predominan tanto en usted como en su pareja a partir del diagnóstico?
¿Esto de qué manera ha intervenido en el comportamiento o actitudes de la pareja?
15. ¿Qué cambio, a nivel sexual y/o afectivo considera se ha generado en su pareja a raíz del diagnóstico de infertilidad? ¿Cuáles considera han sido más perceptibles?

Apéndice 2: Entrevista Pareja

Categoría N° 1. Comunicación:

1. ¿Qué razones los llevaron a buscar una opinión profesional que les diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos?
2. ¿Cómo describiría la comunicación con su pareja luego del conocimiento de la situación actual?
3. ¿Suelen expresarse palabras que inculpen sobre la situación por la que están pasando?
4. ¿Ha observado cambios en la dinámica sexual con su pareja a partir del diagnóstico?
5. ¿Ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?

Categoría N° 2. Reglas:

6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico?
7. ¿Considera que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico? ¿Por qué?
8. ¿A quién o quienes acudieron después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo) ¿Por qué?
9. ¿Ha pensado en replantear su proyecto de vida con su pareja a partir de la situación actual?
10. ¿El vínculo sexual aún sigue siendo importante o se han establecido otras prioridades a partir del diagnóstico? ¿Cuales?

Categoría No. 3: Roles

11. Considera que el diagnóstico se ha involucrado en los roles que desempeñaban ustedes en la relación? ¿Cómo lo describiría?
12. ¿Quién opto por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual? ¿A qué considera se debe esto?
13. ¿De qué forma a intervenido su familia y/o amigos para que opte sobre alguna decisión frente a la situación actual?

14. ¿Cuáles sentimientos predominan en ustedes a partir del diagnóstico? ¿Esto de qué manera ha intervenido en el comportamiento o actitudes de la pareja?
15. ¿Qué cambio, a nivel sexual y/o afectivo considera se ha generado en su pareja a raíz del diagnóstico de infertilidad? ¿Cuáles considera han sido más perceptibles?

Apéndice 3: Entrevista Red de Apoyo

Categoría N° 1. Comunicación:

1. ¿Qué razones considera que llevaron a la pareja a buscar una opinión profesional que le diera respuesta a los intentos fallidos de tener hijos con su pareja?
2. ¿Cómo describiría la comunicación de la pareja luego del conocimiento de la situación actual?
3. ¿Ha evidenciado si los miembros de la pareja suele expresarle palabras que lo culpen sobre la situación por la que están pasando?
4. ¿Ha observado cambios en la dinámica sexual en la pareja a partir del diagnóstico?
5. ¿Posee conocimiento si la pareja ha contemplado la posibilidad de ser madre/padre a través de la adopción o por medio de técnicas de reproducción asistida (Inseminación artificial)?

Categoría N° 2. Reglas:

6. ¿Qué reglas o normas se establecieron en la relación de pareja antes del diagnóstico?
7. ¿Considera que las reglas han cambiado a partir del diagnóstico? ¿Por qué?
8. ¿A quién o quienes acudió ella después de tener conocimiento del diagnóstico (amigos, familiares, expertos (psicólogo)? ¿Por qué?
9. ¿Considera que la pareja ha pensado en replantear su proyecto de vida a partir de la situación actual?
10. ¿Considera que el vínculo sexual de la pareja aún sigue siendo importante o se han establecido otras prioridades a partir del diagnóstico? ¿Cuales?

Categoría N° 3. Roles:

11. ¿Considera que el diagnóstico se ha involucrado en los roles que desempeñaba la pareja?
¿Cómo lo describiría?
12. ¿Quién opto por tomar las decisiones en la pareja a partir de la situación actual? ¿A qué considera se debe esto?
13. ¿De qué forma han intervenido usted para que opten sobre alguna decisión frente a la situación actual?
14. ¿Cuáles sentimientos considera que predominan en la pareja a partir del diagnóstico? ¿Esto de qué manera ha intervenido en el comportamiento o actitudes de la pareja?
15. ¿Qué cambio, a nivel sexual y/o afectivo considera se ha generado en la pareja a raíz del diagnóstico de infertilidad? ¿Cuáles considera han sido más perceptibles?

Apéndice 3: Cartilla



**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE
SISTÉMICO PARA LA REDEFINICIÓN DE LA**

Universidad de Pamplona Facultad de salud
Programa de psicología



**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL
ENFOQUE SISTÉMICO PARA LA REDEFINICIÓN DE LA
DINÁMICA DE LA PAREJA QUE ATRAVIESA
POR INFERTILIDAD**

PsF. Yaridt Andrea Rico Cruz

PsF. Jininson Gómez Erazo

Directora

PhD. Olga Mariela Mogollón Canal

Pamplona, Colombia

2017

INTRODUCCIÓN

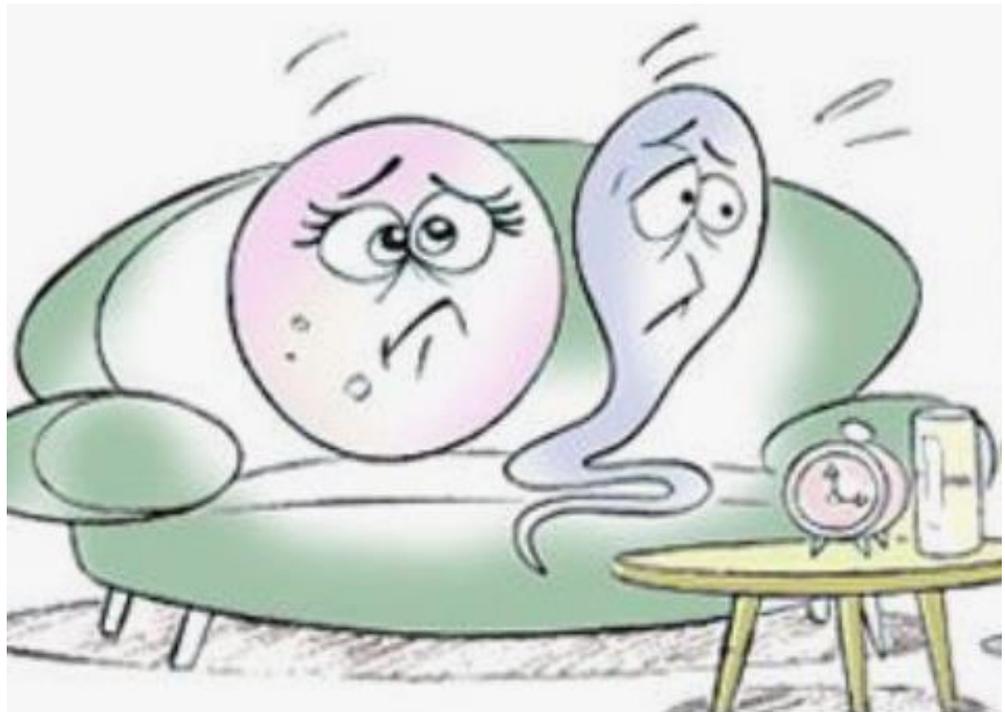
En la presente cartilla se presenta una contextualización clara de una de las problemáticas que más se está presentando en la actualidad, como lo es la infertilidad, la cual puede ser una causal de un distanciamiento en la dinámica de las relaciones de pareja, como se evidencia en la investigación realizada.

También se plantean diferentes técnicas de intervención del modelo sistémico, partiendo de la escuela estructural, técnicas de las cuales el psicólogo puede hacer uso al momento de realizar una intervención con las parejas diagnosticadas con infertilidad, que buscan una redefinición en la dinámica de pareja, realizando la intervención desde el área de la psicología.

¿QUÉ ES LA INFERTILIDAD?

La infertilidad puede ser definida, como la incapacidad de completar un embarazo después de haberlo intentado por lo menos por un año donde no se han tomado medidas anticonceptivas. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer. (Ministerio de salud, 2015).

Este aumento podría deberse a diferentes factores: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual, o problemas de ovulación (Ministerio de salud, 2015)



Infertilidad en la mujer

La mayoría de los casos de infertilidad femenina son a causa de problemas de ovulación. Un problema es la insuficiencia ovárica prematura, en el cual los ovarios dejan de funcionar antes de la menopausia natural Ministerio de salud (2015)

Y, en la mayoría de los casos por síndrome de ovario poliquístico (SOP), que se da, debido a una disfunción ovulatoria en la que los ovarios no liberan un óvulo con regularidad o no pueden liberar un óvulo sano. Manifestándose en alteraciones de las distintas etapas del proceso reproductivo de la mujer y que por consiguiente condicionan a la infertilidad (Silva, 2010).



Infertilidad en el Hombre

Casi todas las causas de la infertilidad masculina usualmente están relacionadas con desordenes del esperma ya sea en número o en calidad. La infertilidad en el hombre puede darse debido a Ministerio de salud (2015):

Azoospermia: la cual es la completa ausencia de espermatozoides en el semen. Esto ocurre entre el 10 y 15% de hombres con infertilidad.

Oligozoospermia o "bajo conteo espermático": Es usualmente debido a una marcada reducción en la producción espermática. Esta condición puede ser asociada con Varicocele (vena varicosa en el escroto).

Astenozoospermia: Baja velocidad de los espermatozoides.

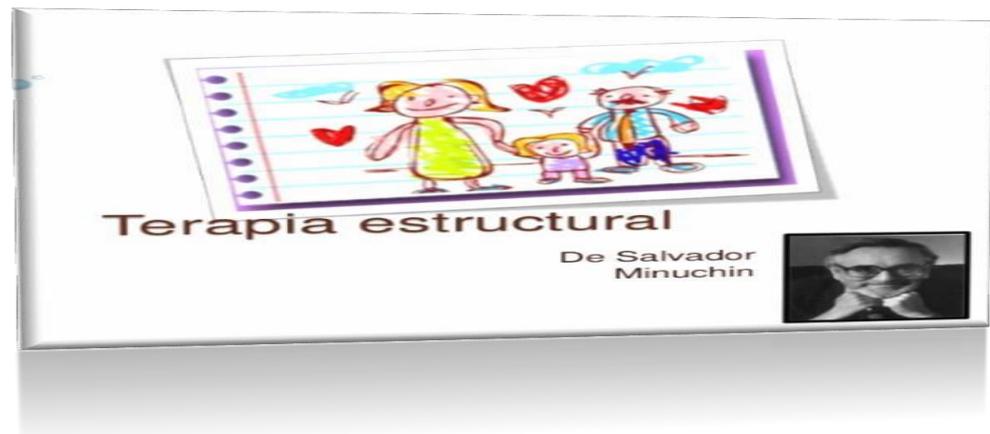
Teratozoospermia: Alteraciones aumentadas de las formas anormales.

Problemas con la eyaculación: Los espermatozoides son producidos, pero el semen no sale al exterior.



ABORDAJE PSICOLÓGICO A PARTIR DEL ENFOQUE SISTÉMICO DESDE LA ESCUELA ESTRUCTURAL

Desde la escuela estructural el terapeuta busca estudiar la estructura y organización de la familia viendo si ésta es suficientemente clara para el desarrollo de los miembros de la familia. Teniendo en cuenta que las interacciones de la familia se derivan de esta estructura, entendida como los roles que organizan la conducta que permite que se realicen las funciones de la familia (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016).



A continuación se plantean cuatro técnicas de reestructuración psicológica, desde el modelo estructural, de las cuales puede hacer uso el psicólogo, al momento de realizar una intervención con pacientes **diagnosticados con infertilidad.**

TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN PSICOLÓGICA

Redefinición Positiva del Síntoma

Esta técnica está orientada a proporcionar una lectura relacional distinta de los hechos, donde se puede dar un resignificado adecuado de la vida en pareja.

Así mismo, una su satisfacción marital donde exista la posibilidad que el impacto que causa la infertilidad en la pareja lleve a esta a tener una relación más comprometida y cercana donde las diferencias encontradas en su relación antes y después de su condición sean ínfimas y no que se vea debilitada y se den grandes complicaciones



Connotación positiva

Consiste en atribuir un significado positivo a la conducta problema o síntoma (a menudo en términos de generoso sacrificio) y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad, especificando la contribución de cada uno de sus miembros a la pauta circular.

A menudo, se describen estos comportamientos como inspirados por algún motivo noble, como el de mantener la familia unida. Al proporcionar una explicación lógica sobre el porqué cada miembro actúa de la forma en que lo hace, el terapeuta y su equipo se sitúa en una posición de neutralidad, de no juzgar, lo que coloca las conductas de los distintos miembros al mismo nivel, evitando descripciones del tipo “víctima-victimario”.



Fijación defronteras

Propone cambiar las distancias de la diada en cuanto a la comunicación, reglas y roles. Para ello, se intenta regular el grado de permeabilidad entre los integrantes del subsistema como primera medida aminorando la Distancia psicológica donde el principal recurso es que nadie debe hablar por el otro o decir lo que el otro piensa o siente.

Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria; como segunda medida aumentando la Duración de la interacción: alargar el proceso de contacto, dar tareas, practicar interacciones desacostumbradas, como forma de introducir novedad en el formato de las interacciones entre los miembros.



Lazos fuertes

Consiste en dejar de investigar la historia de la disfunción y enfocarse en otras modalidades a veces más complejas no tan visibles, que pueden movilizar aspectos más saludables. En otras palabras, no solo centrarse en las dificultades, o en lo que no funciona en la pareja mediado por el diagnóstico ya que esto orienta a no encontrar las opciones en los propios recursos o capacidades.

Para ello, el mostrar los recursos, los aspectos positivos, y las capacidades, puede ser una modificación importante de la visión de la realidad la familia. Por ejemplo el mostrar que el hecho de seguir y mantener la relación de pareja es una prueba que muestra la consolidación de la pareja a pesar de las circunstancias difíciles que enfrentan como sistema conyugal.



Bibliografía.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V y Montesano, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. Universitat de Barcelona. Recuperado el día 03 Abril de 2017 de, http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf.

Martin, M (2015). Pasos para tener una buena relación de pareja. <http://psicocode.com/psicologia/10-claves-para-tener-una-buena-relacion-de-pareja/>

OMS organización mundial de la salud (2012). Violencia y salud mental. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/1/1/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>